



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PICOS, PIAUÍ**

TERESINA

2016

KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PICOS, PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família
do Centro Universitário - UNINOVAFAPI,
como requisito para obtenção do título de
Mestra em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Atuação: Saúde da Família no ciclo
vital

Orientador: Profa. Dra. Cristina Maria Miranda
de Sousa

TERESINA

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

C837a Costa, Karen Rejane Formiga da.

Avaliação da qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família no município de Picos - Piauí / Karen Rejane Formiga da Costa. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Cristina Maria Miranda de Sousa: UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

72. p.; il. 23cm.

Dissertação (Pós-Graduação Stricto Sensu em Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Idosos. 2. Qualidade de Vida. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Título. II. Sousa, Cristina Maria Miranda de.

CDD 618.970 62

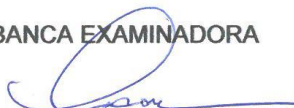
KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PICOS, PIAUÍ**

Trabalho de Conclusão de Mestrado -
TCM apresentado à Coordenação do
Programa de Mestrado Profissional em
Saúde da Família do Centro
Universitário - UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de
Mestra em Saúde da Família.

Data de aprovação: 24/06/16

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa
Presidente (UNINOVAFAPI)



Profa. Maria Eliete Batista Moura
1º Examinadora (Universidade Federal do Piauí - UFPI)



Profa. Luana Kelle Batista Moura
2º Examinadora (UNINOVAFAPI)



Profa. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida
Suplente (UNINOVAFAPI)

*Dedico à minha mãe, uma guerreira que sonha
os meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pelo dom da vida e pela saúde que disponho.

Ao Centro Universitário UNINOVAFAPI, por possibilitar que cursasse o mestrado perto de casa e pelo incentivo ao crescimento profissional no nosso Estado.

À Prof. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, pela orientação, conselhos e pelo grande profissional que é.

Às Professoras Dra. Maria Elite Batista Moura, Dra. Luana Kelle Batista Moura e Dra. Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, pela participação na banca, pelo incentivo, pelas considerações proferidas e por serem profissionais admiráveis.

À coordenadora do Mestrado Dra. Eliana Campelo Lago, por toda dedicação, carinho e respeito.

À secretária do Mestrado Gelsemânia Barros Martins Carvalho, pela dedicação ao Mestrado e pelo carinho e respeito sempre demonstrados.

À Prefeitura Municipal de Picos, na pessoa do Secretário Municipal de Saúde, pela autorização na realização deste trabalho.

Aos idosos, pela importante e imprescindível contribuição a esse trabalho.

À minha mãe Ana, por todo amor à mim dedicado, por se esforçar para realizar todos os meus, inclusive esse.

Ao meu pai Davi, por sempre estar me dando suporte, apoio moral, serenidade e chão.

Ao meu irmão, por sempre acreditar em mim, e ser meu maior incentivador.

À minha amiga, Cristina, por toda força, calma, tempo disponível pra mim, nos momentos de aflição.

À Vilminha (*in memorian*), por acompanhar por 14 anos minha vida, sendo um verdadeiro anjo de 4 patas.

Amo vocês. Essa vitória é nossa!

RESUMO

Os problemas encontrados na terceira idade têm características específicas e devem ser solucionados, de preferência na própria comunidade; avaliar as condições de vida do idoso permite a implementação de propostas que direcionem as políticas sociais gerais com a finalidade de promover o bem-estar na senescência. O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família - ESF do município de Picos -PI. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com caráter quantitativo, cuja produção de dados foi realizada a partir de entrevista com 250 idosos que residem no Município de Picos, Piauí. Para obtenção dos dados, foram aplicados o MEEN, o questionário sociodemográfico e o questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref. Os dados coletados foram processados com base no programa SPSS e analisados com fundamento no teste Qui-Quadrado, sendo utilizada descrição de frequência da amostra total e da estratificada por sexo, onde realizou-se também análise de relevância de agrupamento hierárquico com nível de significância ($p < 0,05$). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre o parecer de nº 1.476.119. Os resultados encontrados no questionário sociodemográfico indicam predominância do sexo feminino (68,0%), escolaridade de I grau incompleto (48,4%). Os idosos pesquisados foram, na sua grande maioria, aposentados (81,6 %) e mais da metade (55,6 %) possuía renda entre dois e três salários mínimos. A análise mostrou ainda que 52 % dos idosos vivem com companheiro (a), e 92 % deles viviam com a família, possuindo moradia própria. Em relação à classificação da qualidade de vida, a prevalência geral de qualidade de vida muito boa foi de 66,2% e ruim de 3,1%, sendo a maior proporção de muito boa para o sexo feminino (70 %) e de ruim para o sexo masculino (3,75 %), com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,021$). A pesquisa permitiu uma maior compreensão sobre a qualidade de vida dos idosos do município, evidenciando melhores escores para o domínio das relações sociais e menor para o domínio meio ambiente. Com base nos resultados, apresentou-se um produto intitulado: Cartilha de orientação para promoção da qualidade de vida de idosos com o objetivo de orientar os idosos quanto à promoção de saúde e consequentemente manter e/ou melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Idoso. Qualidade de Vida. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The problems encountered in the elderly have specific characteristics and must be solved, preferably in the community; evaluate the elderly living conditions allows the implementation of proposals that direct the general social policies in order to promote well-being in senescence. The study aimed to assess the quality of life of elderly assisted in the Family Health Strategy - ESF in the municipality of -PI peaks. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach, the production of data was carried out interviews with 250 elderly residing in the Picos County, Piauí. To obtain the data, the MEEN were applied, the socio-demographic questionnaire and the questionnaire of quality of life WHOQOL-Bref. The collected data were processed using the SPSS and analyzed on the basis of chi-square test, being used frequency description of the total sample and stratified by sex, which was also held hierarchical clustering relevance analysis with significance level ($p < 0.05$). The results of sociodemographic questionnaire indicate a predominance of females (68.0%), education I completed elementary school (48.4%). The elderly subjects were, for the most part, retired (81.6%) and over half (55.6%) had income between two and three minimum wages. The analysis also showed that 52% of the elderly living with a partner (a), and 92% of them lived with their families, having their own house. Regarding the quality of life rating, the overall prevalence of very good quality of life was 66.2% and bad in 3.1%, the largest proportion of very good for females (70%) and bad for males (3.75%), with statistically significant differences between the sexes ($p = 0.021$). The research allowed a better understanding of the quality of life of the city's elderly, showing better scores for the field of social relations and less to the domain environment. Based on the results, it presented a product entitled: Guidance Booklets for the quality of life of the elderly in order to guide the elderly and to promote health promotion and consequently maintain and / or improve their quality of life.

Keywords: Elderly. Quality of life. Health Strategy.

RESUMEN

Los problemas encontrados en los ancianos tienen características específicas y deben ser resueltos, de preferencia en la comunidad; evaluar las condiciones de vida de edad avanzada permite la implementación de las propuestas que dirigen las políticas sociales generales con el fin de promover el bienestar en la senescencia. El objetivo del estudio fue evaluar la calidad de vida de los ancianos atendidos en la Estrategia Salud de la Familia - ESF en el municipio de Picos-PI. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y exploratorio con enfoque cuantitativo, la producción de datos se llevó a cabo entrevistas con 250 personas mayores que residen en el condado de Picos, Piauí. Para obtener los datos, se aplicó el MEEN, el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Los datos recogidos fueron procesados con el SPSS y se analizaron sobre la base de la prueba de chi-cuadrado, que se utiliza Descripción frecuencia de la muestra total y estratificados por sexo, que también se llevó a cabo el análisis de la pertinencia de la agrupación jerárquica con el nivel de significación ($p < 0,05$). Los resultados del cuestionario sociodemográfico indican un predominio del sexo femenino (68,0%), la educación completé la escuela primaria (48,4%). Los sujetos de edad avanzada fueron, en su mayor parte, se retiró (81,6%) y más de la mitad (55,6%) tenían ingresos entre dos y tres salarios mínimos. El análisis también mostró que el 52% de los ancianos que viven con un compañero (a), y el 92% de ellos vivían con sus familias, que tienen su propia casa. En cuanto a la calidad de la clasificación de vida útil, la prevalencia general de muy buena calidad de vida era de 66,2% y mala en el 3,1%, la mayor proporción de muy bueno para las mujeres (70%) y en las malas en los hombres (3,75%), con diferencias estadísticamente significativas entre los sexos ($p = 0,021$). La investigación permitió una mejor comprensión de la calidad de vida de las personas mayores de la ciudad, mostrando mejores resultados para el campo de las relaciones sociales y menos al entorno de dominio. Con base en los resultados, se presenta un producto titulado: folletos de orientación para la calidad de vida de las personas mayores con el fin de guiar a las personas mayores y para promover la promoción de la salud y por lo tanto mantener y / o mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: edad avanzada. Calidad de vida. Estrategia de Salud.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1.1	Contextualização do problema.....	10
1.2	Objetivos.....	12
1.3	Justificativa e Relevância.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	Envelhecimento Populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos...	14
2.2	Qualidade de Vida no idoso.....	15
2.3	Atenção à Saúde do Idoso na ESF.....	17
3	METODOLOGIA.....	22
3.1	Tipo de pesquisa.....	22
3.2	Cenário do estudo.....	22
3.3	Participantes do estudo.....	22
3.4	Técnica e instrumentos de produção dos dados.....	23
3.5	Processamento e Análise dos dados.....	25
3.6	Aspectos éticos e legais.....	25
4	RESULTADOS.....	27
4.1	Manuscrito 1: Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Picos-Piauí.....	27
4.2	Produto: FOLDER- Orientações para promoção da qualidade de vida de idosos.....	48
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICES.....	56
	ANEXOS.....	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A chegada à terceira idade traz algumas limitações sobre um corpo já muito vivido, nessa fase já não se tem a mesma vitalidade, a mesma rapidez nos movimentos, o mesmo raciocínio rápido e a mesma coordenação motora da época da juventude. O tempo que antigamente era transformado em trabalho hoje se torna disponível à procura de ocupações, e na maioria das vezes os idosos não sabem o que fazer, bem como, não encontram o que fazer para ocupar o tempo livre, devido à falta de oportunidades e de ações direcionadas a esta população (MACEDO, 2016).

Nos últimos anos, a população brasileira vem sofrendo uma expressiva transição demográfica. Estimativas apontam que, nos próximos 20 anos, a população idosa poderá chegar aos 30 milhões de pessoas. Diante disso, autores indicam que o envelhecimento é reconhecido como um processo natural, que faz parte da vida do ser humano e é acompanhado por mudanças estruturais, demográficas e epidemiológicas (EVANGELISTA, 2013).

O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, devido à natural tendência de crescimento do interesse em pesquisar e em estudar o processo do envelhecimento. Como já se anunciava nos séculos anteriores, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre os desenvolvidos desse campo (FREITAS, 2012).

O aumento da expectativa de vida no país tem gerado um grande impacto social, chamando a atenção da sociedade para políticas públicas voltadas ao idoso. Com o envelhecimento populacional, estudos têm demonstrado que estes são grandes usuários dos serviços de saúde e acometidos por doenças ou agravos que requerem um acompanhamento, os quais, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida (BRAGA, 2011).

A qualidade de vida (QV) foi definida por um Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde em 1995, como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esta definição foi aperfeiçoada em 1998 como sendo

“a percepção que o ser humano tem em saber se as necessidades que possui estão sendo satisfeitas, ou se ainda são negadas oportunidades para que eles conquiste a felicidade, auto realização e se possui condições de saúde, sociais e econômicas” (OMS, 1998).

A partir desses conceitos globais, o tema qualidade de vida passou a ser aprofundado por diversos pesquisadores, descrevem que ela engloba diversos aspectos, como as relações sociais que a pessoa possui, a realização de atividades recreativas, momentos culturais e ambientais. Estes aspectos ajudam a desenvolver um papel protetor para o ser humano, e isso será mantido por todo o ciclo da vida até a velhice. A ausência da qualidade de vida se torna um fator de risco para o declínio físico, emocional e cognitivo (GIULINANI *et al.*, 2014).

O conceito de qualidade de vida engloba três aspectos relevantes que são: a subjetividade, a bipolaridade e multidimensionalidade (TAVARES *et al.*, 2011).

A subjetividade não deve ser pura ou total, devido à existência das condições de vida e de trabalho que são externas aos indivíduos e influenciam a qualidade de vida. A bipolaridade possui dimensões positivas e negativas. Como positiva podemos citar papéis sociais, mobilidade, autonomia, dentre outros, enquanto a negativa possui outras dimensões como dor, fadiga e dependência. A multidimensionalidade, por sua vez, inclui três dimensões: a física, a psicológica e a social. (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida, tanto pelo Ministério da Saúde quanto por gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Segundo Pereira *et al.* (2006), os problemas encontrados nessa fase da vida têm características específicas e devem ser solucionados, de preferência na própria comunidade, ou seja, na área em que está inserida a ESF. Avaliar as condições de vida do idoso permite a implementação de propostas que direcionem as políticas sociais gerais com a finalidade de promover o bem-estar na senescência.

Nessa perspectiva, considerando o aumento do envelhecimento populacional e o impacto para a promoção de uma melhor qualidade de vida para os idosos, e , ainda, frente a carência de estudos científicos sobre avaliação qualidade de vida de idosos, mais especificamente no município de Picos - PI, torna-se fundamental este estudo.

1.2 Objetivos

- Avaliar a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Picos, Piauí.
- Verificar a influência de variáveis sociodemográficas na qualidade de vida dos idosos pesquisados;
- Analisar os domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida desses idosos;
- Verificar o grau de qualidade de vida nos idosos cadastrados;
- Elaborar um folder com orientações voltadas à promoção da qualidade de vida de idosos.

1.3 Justificativa e relevância

A questão social do idoso aliada à complexidade da vida exigem medidas urgentes no sentido de atingir o objetivo da Política Nacional de Saúde do Idoso, que é permitir um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida.

A qualidade de vida tem uma grande abrangência de significados e valores e depende de diversos fatores como os sociais, os ambientais, econômicos, biológicos e psíquicos, ou seja, de acordo com que o idoso vivencia ou vivenciou ao longo da vida.

A avaliação da qualidade de vida dos idosos, população que tende a crescer nos próximos anos, é de grande valia social. Toda a equipe da ESF deve gerenciar ações, levar orientações, suporte informal e familiar que atendam as necessidades específicas dos idosos. Tendo em vista isso, quanto maior dados na literatura acerca

deste tema, melhor será a compreensão acerca desta população, promovendo e evidenciando sua qualidade de vida.

A relevância deste estudo justifica-se em avaliar as variáveis sociodemográficas, e de qualidade de vida, com a intenção de aprofundar o conhecimento sobre a temática, de forma a propor estratégias de assistência ao idoso de forma integral e para que se estimulem ações nas políticas públicas que enfatizem e priorizem a população idosa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Envelhecimento populacional: aspectos conceituais e epidemiológicos

O envelhecimento é um grande desafio do mundo atual, manifestando-se de diferentes formas tanto nos países ricos quanto os pobres. Envelhecer está sendo uma realidade próxima e não um privilégio de poucos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, já que, nessas regiões, a expectativa de vida ainda é baixa quando comparado aos países desenvolvidos. No Brasil, os direitos aos idosos surgiram com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10. 741, de 1º de Outubro de 2003, que se destinam a regular os direitos às pessoas com idade superior a 60 anos (NASCIMENTO, 2011).

Os idosos tiveram um aumento significativo nos municípios brasileiros nos últimos dez anos. O percentual de pessoas com mais de 60 anos aumentou de 8,6% em 2000, para 10,8% em 2010, e a previsão é de que, entre 2035 e 2040, a população idosa (65 anos ou mais) poderá alcançar um patamar de 18% superior ao das crianças (0 a 14 anos) (IBGE, 2010), tal fato demonstra que a expectativa de vida do brasileiro aumentou para 73,5 anos em 2010 (ESTORCK; ERBA e CORREA, 2012).

O envelhecimento está acontecendo em ritmo acelerado no Brasil, envolvendo vários aspectos, como a genética, estilo de vida, doenças crônicas e outras, que interagem entre si e influenciam significativamente no processo (QUEIROZ e MUNARO, 2012).

Ribeiro et al. (2012) destacam que o envelhecimento pode ser classificado em quatro formas: o envelhecimento biológico, social, intelectual e funcional. O envelhecimento biológico é contínuo e ocorre durante toda a vida, apresentado variações de pessoa para pessoa. O envelhecimento social está relacionado a aspectos culturais e à capacidade de produção do indivíduo. No envelhecimento intelectual o indivíduo começa a apresentar falhas na memória e déficits no sistema cognitivo. E o envelhecimento funcional ocorre quando o mesmo já não consegue desenvolver suas atividades habituais e básicas.

O aumento da longevidade traduz-se atualmente no aumento de doenças crônicas e outras comorbidades, constituindo um desafio financeiro com que o país se defronta na área da saúde. Assim, a sustentabilidade futura do sistema de saúde dependerá da redução das patologias e da morbidade que lhes está associada através da inclusão da saúde em todas as políticas, da promoção eficaz da saúde e da intervenção concertada dos cidadãos, da sociedade em geral e dos profissionais de saúde (CRISP *et al.*, 2014).

Sendo o envelhecimento uma das principais causas da redução da qualidade de vida (Algulet *al.*, Cit. por GUNDUZ *et al.*, 2015), é fundamental que esta e não apenas a quantidade (número de anos vividos) seja uma prioridade, devendo ser implementadas estratégias que garantam a saúde, a segurança e a participação das pessoas idosas nesta fase das suas vidas, de acordo com a World Health Organization (WHO, 2012).

A definição de estratégias organizacionais, políticas e sociais que respondam às necessidades dos cidadãos idosos e contribuam para dar resposta ao problema de saúde pública que consiste atualmente o processo de envelhecimento no nosso país, deve ter por base a cooperação intersectorial que promova a saúde enquanto área prioritária de intervenção junto dos idosos, contribuindo para o desenvolvimento do envelhecimento ativo, da qualidade de vida e bem-estar da população idosa (PEREIRA, 2015).

2.2 Qualidade de vida no idoso

Com o envelhecimento da população, surgiu uma questão prioritária: sendo evidente que a esperança média de vida está a aumentar, tal será também sinónimo de aumento qualidade de vida na população idosa? (RECHEL *et al.*, 2009).

No âmbito da saúde, a qualidade de vida pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com profissionalismo, que tenha em consideração os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação dos cidadãos (Saturno *et al.*, Cit. por DGS, 2012), implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas da população, com o melhor desempenho possível.

A qualidade de vida (QV) não pode ser considerada um passatempo qualquer perante a sociedade, tendo em vista que é um dos principais objetivos a ser atingido durante a vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Minayo (2010) relata sobre o assunto:

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão desconforto e bem-estar.”

No entanto, reforça-se que o termo em questão é subjetivo, pois as necessidades podem mudar de um indivíduo para outro, assim como as necessidades de hoje podem não ser as necessidades de amanhã (KURCGANT, 2010).

Além do mais, cabe ressaltar o fato do envelhecimento estar associado com estigmas negativos, os quais têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010).

Mediante ao exposto, observa-se o surgimento de grandes desafios em relação à implementação de estratégias válidas de intervenção, em programas erontogeriátricos, ou políticas sociais que tenham a meta de promover o bem-estar dos idosos garantindo, assim, não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

No cenário brasileiro, pesquisas concernentes à avaliação da qualidade de vida em idosos vêm sendo realizada por meio da utilização de vários instrumentos, o que dificulta a comparação dos resultados obtidos (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; MARTINS et al., 2009).

Entre esses instrumentos destacam-se aqueles elaborados pelo grupo WHOQOL da OMS: o WHOQOL-100, o WHOQOL-bref e o WHOQOL-old. Os mesmos trazem consigo três aspectos essenciais quanto ao constructo da qualidade

de vida: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor). Atualmente, são os instrumentos mais utilizados no cenário mundial para avaliação da qualidade de vida no idoso (FLECK, 2000; FLECK et al., 2008).

A população idosa brasileira obteve importantes conquistas nas duas últimas décadas. Em 1º de outubro de 2003 foi instituída a Lei 10.741, que criou o Estatuto do Idoso, uma referência para as políticas públicas sociais e de saúde, sendo este o elemento primordial para a qualidade de vida. Em outubro de 2006 foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprovou o Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), substituindo a antiga portaria de nº 199599. E são considerados instrumentos legais indispensáveis à inclusão funcional da terceira idade e fazem parte das diretrizes à promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2010).

Avaliar a qualidade de vida dos idosos não é tarefa fácil, por isso é necessário adotar critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. Elementos como: longevidade; saúde biológica, saúde mental; satisfação; controle cognitivo, competência social; produtividade; atividade; status social; renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais (principalmente rede de amigos) são vistos como indicadores de bem-estar na velhice (SANTOS et al., 2002).

Sendo assim, para Pereira et al. (2011), conhecer a qualidade de vida do idoso e os fatores que contribuem para uma diminuição ou ampliação da mesma tornam-se imprescindível aos provedores de cuidados em saúde, gestores e políticos, para que sejam capazes de melhorar a vida diária e a qualidade de vida da população idosa, além de fator essencial a ser considerado quando se propõem ações e políticas de saúde para esta população.

2.3 Atenção à Saúde do idoso na ESF

O processo de envelhecimento, por sua vez, pode ser definido a partir de alterações no organismo, demonstradas de forma variável e individual. Também pode ser caracterizado como um processo universal, dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais, acompanhado por alterações significativas na composição, estrutura e fisiologia dos

sistemas orgânicos e do indivíduo como um todo. Esse processo ainda pode ser acompanhado e marcado por mudanças na composição familiar e doméstica, como a viuvez e problemas de ordem econômica, como aposentadorias insatisfatórias, que, somadas a outros fatores psicossociais como solidão e baixa autoestima, ocasionam mudanças no estado de saúde de cada pessoa idosa (MEIRELES et al., 2007).

De acordo com Camacho e Coelho (2010), podemos identificar as seguintes políticas públicas de saúde que precisam constantemente de reconhecimento para o cuidado ao idoso: Política Nacional do Idoso e criação do Conselho Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994; Portaria 702 de 2002 que cria mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS); Portaria 703 de 2002, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Programa de assistência aos Portadores de Doença de Alzheimer; Protocolo de Tratamento da Doença de Alzheimer – Portaria n.º 843 de 2002; Estatuto do Idoso – Lei 10.741 de 2003 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria n.º 2.528 de 2006. Dentre elas, a PNSPI, Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção básica, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei N.º 10.741, de 1.º de outubro 2003, representa um avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas (BRASIL, 2011).

Mesmo com todas essas políticas, leis e ações voltadas para a população idosa, ainda existe muita dificuldade no atendimento à saúde para esse grupo específico. A própria PNSI reconhece esses desafios e dentro da sua política encara a necessidade de enfrentar, dentre muitas outras coisas, a escassez de estruturas de cuidado intermediário e de equipes multiprofissionais e interdisciplinar.

O Estatuto do Idoso, artigo 18, capítulo IV do direito à saúde:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

Ainda de acordo com a PNSI (p. 9):

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciem a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. A identificação e o reconhecimento da rede de suporte social e de suas necessidades também fazem parte da avaliação sistemática, objetivando prevenir e detectar precocemente o cansaço das pessoas que cuidam. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Grupos de autoajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados.

A Organização Mundial de Saúde tem como objetivo a divulgação e ampliação de um novo conceito de “envelhecimento saudável” propondo “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”, que tem o interesse de ressaltar que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Em 1994 foi implementado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), desde a sua origem foi vinculado como um programa especial voltado para o modelo sanitário, sendo, redefinido como uma estratégia de mudança no modelo assistencial. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas ações mais específicas, estava fugindo da concepção usual dos demais programas criados pelo Ministério da Saúde, era caracterizado como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido e trabalhando na perspectiva da vigilância à saúde, devendo ser substituto da rede básica tradicional e tendo uma prática de complexidade tecnológica e no desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitude (PAIM, 2008).

No Brasil, há dois diferentes tipos de atenção primária: as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF). As UBS têm como uma das principais o intervencionismo anterior ao controle, trabalhando com a demanda espontânea da população e contando com a ajuda da epidemiologia para

monitoração das doenças, enquanto, que as ESF funcionam em quatro princípios (BRASIL, 2006).

O primeiro princípio é o primeiro contato, que torna o acesso mais facilitado aos usuários, pela aproximação dos serviços às residências dos usuários. O segundo princípio é sobre a longitudinalidade, proporcionando contato do indivíduo/família com a equipe ao longo dos anos. Abrangência é o terceiro princípio, sendo, capaz de atender as demandas por atendimento clínico além de fazer a prevenção e promoção de saúde e a coordenação sendo o último princípio realizando um cuidado continuado, garantindo acesso aos serviços especializados (BRASIL, 2006).

As UBS ainda funcionam no esquema de demandas por tratamento, enquanto, as ESF propõe-se a prevenção de doenças e promoção a saúde, trazendo como finalidade o bem estar descrito na definição de saúde pela OMS (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional, que trabalha com definição do território de abrangência, com foco na unidade familiar, inserindo as unidades de saúde junto a comunidade. A ESF permite assim o conhecimento das reais condições da população ali descrita, estabelecendo um vínculo mais humanizado com o usuário. A equipe coleta informações através de diferentes sistemas de informação existentes para cadastramento e acompanhamento da população residente na área, com isso, os gestores municipais podem planejar atividades específicas para as diferentes regiões, visando em última instância, à cobertura de toda população nacional (MENDES, 2001; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA, 2007).

A Atenção Básica tem como uma das principais finalidades estreitar o vínculo com o usuário e a equipe da ESF, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. O vínculo consiste gradualmente na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo o aprofundamento no processo de responsabilidade da saúde, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

Com isso, o idoso, nem sempre, tem a esperança de que as ações de saúde consigam melhorar a sua vida, que consigam lhe fornecer mais capacidade para enfrentar os problemas que ele tem diante de si no seu dia a dia. Ele espera ir se tornando mais esperto, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e para ir

solucionando parte dos seus obstáculos. O idoso está se tornando cada vez mais autônomo diante do seu caminhar, principalmente quando os seus familiares e os profissionais de saúde não lhe dão apoio. (COSTA; CIOSEK, 2010).

Sendo assim, para Meireles et al. (2007), a situação do idoso na sociedade brasileira necessita de maior ênfase no que se refere à qualidade de vida e ao acesso aos serviços básicos que atendam as suas necessidades individuais e sociais. Deste modo, ao pensar no gerenciamento do cuidado ao idoso, os profissionais devem realizar programas de orientação, informação, suporte informal e familiar para atender as especificidades e dificuldades do cuidado ao idoso.

Por fim, levando em consideração que o processo de envelhecimento é algo irreversível, ressalta-se a importância que a pessoa idosa possui dentro da sociedade, como também dentro das unidades de ESF. Com isso, os profissionais podem traçar estratégias para assegurar uma melhor qualidade de vida dessa população garantindo uma atenção humanizada e de qualidade.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa que teve como finalidade avaliar a qualidade de vida dos idosos. Segundo Dyniewicz (2007), o estudo transversal ocorre quando a exposição e o desfecho são avaliados juntos no mesmo ponto no tempo, enquanto o estudo descritivo-exploratório visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses, apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno. Para Brasileiro e Silva (2011), a análise quantitativa utiliza estatística e os resultados são apresentados em tabelas ou gráficos com explicação em porcentagens de cada elemento.

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Picos, situado no Estado do Piauí. O município possui população estimada para 2015 de 76.544 habitantes, e população em 2010 de 73.414 habitantes, com área da unidade territorial 577,304 km² e densidade geográfica de 137,30 hab/km². O total de homens da capital é 1.528.726 e de mulheres 1.590.219. Seus limites geográficos são ao leste, Geminiano, Sussuapara e Campo Grande do Piauí; ao sul, município de Itainópolis; ao norte, Santana do Piauí e ao oeste, os municípios de Paquetá, Dom Expedito Lopes e Santa Cruz do Piauí (IBGE, 2014).

3.3 Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada com 250 idosos que participavam do grupo de HIPERDIA nas unidades básicas de saúde cadastradas. O HIPERDIA compreende um conjunto de ações em promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria

da qualidade de vida dos portadores (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012). No cálculo do tamanho da amostra, foi considerado um nível de confiança de 95%, população finita de 7341 idosos. Segundo Martins (2002), para estimativas da proporção de grandes amostras, a margem de erro obtida é igual a 3,6%. A amostra foi escolhida por sorteio proporcional ao número de idosos cadastrados nas equipes das unidades básicas de saúde da ESF.

Para a realização deste estudo, os seguintes critérios de inclusão foram considerados: idade igual ou acima de 60 anos, ser cadastrado no programa HIPERDIA. Foram excluídas dessa pesquisa as demais parcelas da população que não fazem parte da faixa etária determinada; como também os idosos com prontuários não cadastrados e que possuísem déficit cognitivo e / ou mental.

3.4 Técnica e instrumentos de produção dos dados

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, considerando a possibilidade de realizar uma averiguação mais ampla e flexível, os dados foram coletados através do questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), do questionário WHOQOL-BREF (ANEXO A) e do Mini Exame do Estado Mental (MEEN) (ANEXO B).

As aplicações dos questionários realizaram-se nos turnos da manhã, por adequação ao horário dos grupos do HIPERDIA. A pesquisa realizou-se em uma única etapa do estudo, com a aplicação dos questionários e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), no mês de Abril 2016, após autorização institucional da Secretaria de Saúde do Município (ANEXO C) e aprovação do Comitê de Ética da UNINOVAFAPI (ANEXO D).

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão abreviada em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-BREF. A escolha desse instrumento é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos (HWANG et al., 2003; MEIRELLES et al., 2010). Durante a entrevista, foram seguidas as recomendações da OMS sobre os procedimentos de aplicação do WHOQOL-BREF.

O instrumento abreviado de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-BREF, possui 26 itens, sendo duas questões que avaliam a percepção da qualidade de vida

geral (QVG) e das condições de saúde e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), sendo divididas em quatro domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Relações sociais e 4) Meio ambiente (OMS, 2005).

O WHOQOL-BREF possui cinco escalas de respostas do tipo Likert, que variam de “muito ruim a muito bom” (escala de avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (escala de avaliação), “nada a extremamente” (escala de intensidade), “nada a completamente” (escala de capacidade) e “nunca a sempre” (escala de frequência) (FLECK et al., 2003). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

O escore médio em cada um dos domínios indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada um dos aspectos em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação melhor essa percepção.

As características psicométricas do WHOQOL-BREF preencheram os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Esse instrumento alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe avaliar qualidade de vida no Brasil (FLECK et al., 2000).

Ressalta-se que a versão abreviada em português do WHOQOL-BREF foi traduzido e validado no país por Fleck et al. (2000), a partir de um estudo com 250 pacientes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários saudáveis, desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da OMS no Brasil, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida (OMS, 2002).

Em relação ao nível de cognição, o mesmo foi analisado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que provavelmente é o instrumento mais utilizado mundialmente para a função cognitiva, possuindo versões em diversas línguas e países.

O instrumento já foi validado no Brasil e fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três

palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2006, 2008).

Segundo Chaves (2006, 2008), o ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional porque um único corte pode perder casos entre pessoas de educação mais alta e gerar falsos positivos entre aqueles com baixo nível de escolaridade. Assim, baseando-se em outros estudos, optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

Para coleta de dados sociodemográficos e econômicos foi utilizado o Formulário de Dados Sociodemográficos cujas variáveis pesquisadas serão idade, estado civil, filhos, escolaridade e dados da situação socioeconômica e familiar.

3.5 Processamento e Análise dos dados

Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Nas análises estatísticas foi utilizada descrição de frequência da amostra total e da estratificada por sexo. Realizou-se também análise de relevância de agrupamento hierárquico. Realizando comparação de médias por análise de variância seguida pelo teste “Tukey” da idade e dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos masculino e feminino. As associações foram testadas por meio do teste Quiquadrado (χ^2). O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

A pesquisa foi iniciada após autorização institucional da Secretaria de Saúde do município e aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Parecer nº 1.476.119 e CAAE nº 50913015.2.0000.5210 sendo

aprovado no dia 03 de abril de 2016 respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Essa resolução aborda as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os participantes podem ter sofrido risco ocasionado pela pesquisa, como constrangimento. Para minimizar esse risco os pesquisadores realizaram as entrevistas de forma individual, onde os mesmos não foram expostos, e ainda foram esclarecidos os objetivos e benefícios da pesquisa.

Os benefícios, mesmo que em longo prazo, poderão servir como subsídios para a melhoria na qualidade de vida dos idosos, visto que os resultados desse estudo serão apresentados à secretaria municipal de saúde do município onde será realizada a pesquisa e aos profissionais que participarão desse estudo. Foi elaborado um folder com orientações para promoção e qualidade de vida de idosos.

Os dados coletados serão utilizados somente para análise, interpretação, e divulgação em saúde por meio das publicações científicas, mantendo a confidencialidade dos participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados foram apresentados e discutidos em conformidade com os objetivos propostos no presente estudo, sendo contempladas todas as variáveis sociodemográficas definidas, em propósito à submissão do manuscrito a Revista Ciência & Saúde Coletiva (C&SC) (ANEXO E), ora apresentado.

4.1 Manuscrito 1:

Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Picos, Piauí

Evaluación de la Calidad de la Vida Superior inscrita en el Programa de Salud Familiar en el municipio de Picos, Piauí

Karen Rejane Formiga da Costa¹;

Cristina Maria Miranda de Sousa²;

Maria Eliete Batista Moura³;

Luana Kelle Batista Moura⁴;

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida⁵

1 Mestranda em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Endereço: Rua Projetada, apartamento 201, condomínio Vale do Guaribas, Picos- Piauí- fone (89) 999335535, e-mail: karenformiga1986@hotmail.com

2 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: cristinamiranda@uninovafapi.edu.br.

3 Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Grupo de Estudos em Saúde da Família. E-mail: mestradosauredafamilia@uninovafapi.edu.br.

4 Doutora em Odontologia com área de concentração em endodontia, pela Universidade UNAERP. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: mestradosauredafamilia@uninovafapi.edu.br.

5 Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: camila@uninovafapi.edu.br.

RESUMO: O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família - ESF do município de Picos-PI. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com caráter quantitativo, cuja produção de dados foi realizada a partir de entrevista com 250 idosos que residem no Município de Picos, Piauí. Para obtenção dos dados, foram aplicados o MEEN, o questionário sociodemográfico e o questionário de qualidade de vida WHOQOL-BREF. Os dados coletados foram processados com base no programa SPSS e analisados com teste Qui-Quadrado, sendo nível de significância ($p < 0,05$). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobre o protocolo 50913015.2.0000.5210. Resultou-se em predominância do sexo feminino (68,0%), escolaridade de I grau incompleto (48,4%), aposentados (81,6 %) e mais da metade (55,6 %) possuía renda entre dois e três salários mínimos. A análise mostrou ainda que 52 % dos idosos vivem com companheiro (a), e 92 % deles viviam com a família, possuindo moradia própria. Em relação à classificação da qualidade de vida, a prevalência geral de qualidade de vida muito boa foi de 66,2% e ruim de 3,1%, sendo a maior proporção de muito boa para o sexo feminino (70 %) e de ruim para o sexo masculino (3,75 %), com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,021$). Os idosos enfrentam várias dificuldades que comprometem a sua qualidade de vida, sendo este termo extremamente amplo e subjetivo. Portanto, garantir um envelhecimento ativo e saudável para essa população é um grande desafio, alvo de diversas políticas públicas intersetoriais. Com isso, esse estudo foi importante para se conhecer a população do município, sendo fundamental a realização de uma pesquisa de natureza longitudinal no local.

Palavras-Chave: Idoso. Qualidade de Vida. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: The study aimed to assess the quality of life of elderly assisted in the Family Health Strategy - ESF in the municipality of -PI peaks. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study with a quantitative approach, the production of data was carried out interviews with 250 elderly residing in the Picos County, Piauí. To obtain the data, the MEEN were applied, the socio-demographic questionnaire and the questionnaire of quality of life WHOQOL-BREF. The collected data were processed using the SPSS and analyzed on the basis of chi-square test, being used frequency description of the total sample and stratified by sex, which was also held hierarchical clustering relevance analysis with significance level ($p < 0.05$). The results of sociodemographic questionnaire indicate a predominance of females (68.0%), education I completed elementary school (48.4%). The elderly subjects were, for the most part, retired (81.6%) and over half (55.6%) had income between two and three minimum wages. The analysis also showed that 62.4% of the elderly living with a partner (a), and 92% of them lived with their families, having their own house. Regarding the quality of life rating, the overall prevalence of very good quality of life was 66.2% and bad in 3.1%, the largest proportion of very good for females (70%) and bad for males (3.75%), with statistically significant differences between the sexes ($p = 0.021$). The research allowed a better understanding of the quality of life of the city's elderly, showing better scores for the field of social relations and less to the domain environment. Based on the results, it presented a product entitled: Guidance Booklets for the quality of life of the elderly in order to guide the elderly and to promote health promotion and consequently maintain and / or improve their quality of life.

Keywords: Elderly. Quality of life. Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A chegada à terceira idade traz algumas limitações sobre um corpo já muito vivido, nessa fase já não se tem a mesma vitalidade, a mesma rapidez nos movimentos, o mesmo raciocínio rápido e a mesma coordenação motora da época da juventude. O tempo que antigamente era transformado em trabalho hoje se torna disponível à procura de ocupações, e na maioria das vezes os idosos não sabem o que fazer, bem como, não encontram o que fazer para ocupar o tempo livre, devido à falta de oportunidades e de ações direcionadas a esta população¹.

Nos últimos anos, a população brasileira vem sofrendo uma expressiva transição demográfica. Estimativas apontam que, nos próximos 20 anos, a população idosa poderá chegar aos 30 milhões de pessoas. Diante disso, autores indicam que o envelhecimento é reconhecido como um processo natural, que faz parte da vida do ser humano e é acompanhado por mudanças estruturais, demográficas e epidemiológicas².

O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, devido à natural tendência de crescimento do interesse em pesquisar e em estudar o processo do envelhecimento. Como já se anunciava nos séculos anteriores, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre os desenvolvidos desse campo³.

O aumento da expectativa de vida no país tem gerado um grande impacto social, chamando a atenção da sociedade para políticas públicas voltadas ao idoso. Com o envelhecimento populacional, estudos têm demonstrado que estes são grandes usuários dos serviços de saúde e acometidos por doenças ou agravos que requerem um acompanhamento, os quais, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida⁴.

A qualidade de vida (QV) foi definida por um Grupo de Qualidade de Vida, da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde em 1995, como "a percepção do

indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Esta definição foi aperfeiçoada em 1998 como sendo:

“a percepção que o ser humano tem em saber se as necessidades que possui estão sendo satisfeitas, ou se ainda são negadas oportunidades para que eles conquiste a felicidade, auto realização e se possui condições de saúde, sociais e econômicas”⁵.

A partir desses conceitos globais, o tema qualidade de vida passou a ser aprofundado por diversos pesquisadores, descrevem que ela engloba diversos aspectos, como as relações sociais que a pessoa possui, a realização de atividades recreativas, momentos culturais e ambientais. Estes aspectos ajudam a desenvolver um papel protetor para o ser humano, e isso será mantido por todo o ciclo da vida até a velhice. A ausência da qualidade de vida se torna um fator de risco para o declínio físico, emocional e cognitivo⁶.

O conceito de qualidade de vida engloba três aspectos relevantes que são: a subjetividade, a bipolaridade e multidimensionalidade⁷.

A subjetividade não deve ser pura ou total, devido à existência das condições de vida e de trabalho que são externas aos indivíduos e influenciam a qualidade de vida. A bipolaridade possui dimensões positivas e negativas. Como positiva podemos citar papéis sociais, mobilidade, autonomia, dentre outros, enquanto a negativa possui outras dimensões como dor, fadiga e dependência. A multidimensionalidade, por sua vez, inclui três dimensões: a física, a psicológica e a social⁸.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida, tanto pelo Ministério da Saúde quanto por gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação

e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade⁹.

Os problemas encontrados nessa fase da vida têm características específicas e devem ser solucionados, de preferência na própria comunidade, ou seja, na área em que está inserida a ESF. Avaliar as condições de vida do idoso permite a implementação de propostas que direcionem as políticas sociais gerais com a finalidade de promover o bem-estar na senescência¹⁰.

Nessa perspectiva, considerando o aumento do envelhecimento populacional e o impacto para a promoção de uma melhor qualidade de vida para os idosos, e, ainda, frente a carência de estudos científicos sobre avaliação qualidade de vida de idosos, mais especificamente no município de Picos - PI, torna-se fundamental este estudo.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa que teve como finalidade avaliar a qualidade de vida dos idosos.

A pesquisa foi realizada com 250 idosos que participavam do grupo de HIPERDIA nas unidades básicas de saúde cadastradas. O HIPERDIA compreende um conjunto de ações em promoção à saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida dos portadores¹¹. No cálculo do tamanho da amostra, foi considerado um nível de confiança de 95%, população finita de 7341 idosos. A

amostra foi escolhida por sorteio proporcional ao número de idosos cadastrados nas equipes das unidades básicas de saúde da ESF.

Para a realização deste estudo, os seguintes critérios de inclusão foram considerados: idade igual ou acima de 60 anos, ser cadastrado no programa HIPERDIA. Foram excluídas dessa pesquisa as demais parcelas da população que não fazem parte da faixa etária determinada; como também os idosos com prontuários não cadastrados e que possuísem déficit cognitivo e / ou mental.

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, considerando a possibilidade de realizar uma averiguação mais ampla e flexível, os dados foram coletados através do questionário sociodemográfico, do questionário WHOQOL-BREF e do Mini Exame do Estado Mental (MEEN).

As aplicações dos questionários realizaram-se nos turnos da manhã, por adequação ao horário dos grupos do HIPERDIA. A pesquisa realizou-se em uma única etapa do estudo, com a aplicação dos questionários e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no mês de Abril 2016, após autorização institucional da Secretaria de Saúde do Município e aprovação do Comitê de Ética da UNINOVAFAPI.

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizada a versão abreviada em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde WHOQOL-BREF. A escolha desse instrumento é justificada pela literatura, que mostra boa resposta do instrumento à qualidade de vida dos idosos¹². Durante a entrevista, foram seguidas as recomendações da OMS sobre os procedimentos de aplicação do WHOQOL-BREF.

O instrumento abreviado de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-BREF, possui 26 itens, sendo duas questões que avaliam a percepção da qualidade de vida geral (QVG) e das condições de saúde e as 24 restantes representam cada uma das 24 facetas que compõem o

instrumento original (WHOQOL-100), sendo divididas em quatro domínios: 1) Físico, 2) Psicológico, 3) Relações sociais e 4) Meio ambiente¹³.

O escore médio em cada um dos domínios indica a percepção do indivíduo quanto à sua satisfação em cada um dos aspectos em sua vida, relacionando-se com sua qualidade de vida. Quanto maior a pontuação melhor essa percepção.

Ressalta-se que a versão abreviada em português do WHOQOL-BREF foi traduzido e validado no país por ¹⁴, a partir de um estudo com 250 pacientes do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e em 50 voluntários saudáveis, desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da OMS no Brasil, pertencente ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida¹⁵.

Em relação ao nível de cognição, o mesmo foi analisado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que provavelmente é o instrumento mais utilizado mundialmente para a função cognitiva, possuindo versões em diversas línguas e países.

O instrumento já foi validado no Brasil e fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva¹⁶.

O ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional porque um único corte pode perder casos entre pessoas de educação mais alta e gerar falsos positivos entre

aqueles com baixo nível de escolaridade. Assim, baseando-se em outros estudos, optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade¹⁷.

Para coleta de dados sociodemográficos e econômicos foi utilizado o questionário sociodemográfico cujas variáveis pesquisadas serão idade, estado civil, filhos, escolaridade e dados da situação socioeconômica e familiar.

Os dados obtidos foram processados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Nas análises estatísticas foi utilizada descrição de frequência da amostra total e da estratificada por sexo. Realizou-se também análise de relevância de agrupamento hierárquico. Realizando comparação de médias por análise de variância seguida pelo teste “Tukey” da idade e dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos masculino e feminino. As associações foram testadas por meio do teste Quiquadrado (χ^2). O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

A pesquisa foi iniciada após autorização institucional da Secretaria de Saúde do município e aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário – UNINOVAFAPI, Parecer nº 1.476.119 e CAAE nº 50913015.2.0000.5210 sendo aprovado no dia 03 de abril de 2016 respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

RESULTADOS

O envelhecimento ativo e saudável é caracterizado por ações que promovam hábitos, atividades e costumes favoráveis à saúde e à qualidade de vida, orientados pelo desenvolvimento de hábitos como: alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos com orientação adequada de um profissional, convivência social estimulante com amigos, familiares, fazendo com que os idosos sintam-se ativos e importantes para comunidade, além de buscar atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse, redução dos

danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação^{18,19}.

Para análise dos resultados, utilizamos a comparação das respostas dos questionários entre si conforme preconizado pelos elaboradores do questionário, ou seja, a comparação entre os domínios do WHOQOL-BREF: Domínio físico, psicológico, das Relações sociais e do Meio ambiente.

Na tabela 1 são apresentados aspectos relacionados às características sociodemográficas dos idosos pesquisados. Observou-se que a maioria dos idosos (68,0 %) analisados era do sexo feminino. A pesquisa também revelou que elevada proporção de idosos estava na faixa etária de 65 a 69 anos de idade (25,6 %), vivia com companheiro (a) (52 %) e possuía escolaridade de I grau incompleto (48,4%). Os idosos pesquisados foram, na sua grande maioria, aposentados (81,6 %) e mais da metade (55,6 %) possuía renda entre dois e três salários mínimos. A análise mostrou ainda que os idosos viviam com a família, possuindo moradia própria (92 %), com água tratada (100 %) e energia elétrica (100 %).

Segundo as características sociodemográficas dos idosos pesquisados estratificadas por gênero, os dados obtidos do estudo revelaram que 35 % dos idosos do sexo masculino estavam na faixa etária de 70-74 anos e 29,41% dos idosos do sexo feminino estavam na faixa etária de 60-64 anos. A pesquisa ainda apontou que 66,25% dos idosos do sexo masculino viviam sem companheira, enquanto que para o sexo feminino mais da metade (60,58%) vivia com companheiro. A renda dos idosos do sexo masculino foi significativamente maior que a do sexo feminino ($p < 0,05$), sendo inferior a dois salários mínimos no sexo feminino (56,47%).

Tabela 1- Distribuição dos idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Picos, Piauí, segundo características sociodemográficas.

Variável	Masculino (80) 32%		Feminino (170) 68%		Geral (250) 100%	
Faixa etária	(n)	%	(n)	%	(n)	%
60-64	(13)	16,25	(50)	29,41	(63)	25,20
65-69	(22)	27,50	(42)	24,70	(64)	25,60
70-74	(28)	35,00	(24)	14,11	(52)	20,80
75-79	(8)	10,00	(14)	08,23	(22)	08,80
80-84	(4)	05,00	(20)	11,76	(24)	09,60
85-89	(5)	06,25	(20)	11,76	(25)	10,00
90- mais	(0)	00,00	(0)	00,00	(0)	00,00
Situação conjugal						
Sem companheiro	(53)	66,25	(67)	39,41	(120)	48,00
Com companheiro	(27)	33,75	(103)	60,58	(130)	52,00
Com quem reside						
Sozinho	(8)	10,00	(30)	17,64	(38)	15,20
Família	(72)	90,00	(140)	82,35	(212)	84,80
Escolaridade						
Analfabeto	(21)	26,25	(32)	18,82	(53)	21,20
I grau incompleto	(36)	45,00	(85)	50,00	(121)	48,40
I grau completo	(12)	15,00	(23)	13,52	(35)	14,00
II grau incompleto	(7)	08,75	(24)	14,11	(31)	12,40
II grau completo	(4)	05,00	(6)	03,52	(10)	04,00
Aposentadoria						
Não	(12)	15,00	(34)	20,00	(46)	18,40
Sim	(68)	85,00	(136)	80,00	(204)	81,60
Moradia Própria						
Sim	(72)	90,00	(158)	92,94	(230)	92,00
Não	(8)	10,00	(12)	07,06	(20)	08,00
Moradia com água tratada e energia						
Sim	(80)	100	(170)	100	(250)	100
Não	(0)		(0)		(0)	
Renda Familiar Mensal						
< 2 salários	(7)	08,75	(75)	44,11	(82)	32,80
2 a 3 salários	(60)	75,00	(79)	46,47	(139)	55,60
4 a 6 salários	(12)	15,00	(15)	08,82	(27)	10,80
>6 salários	(1)	01,25	(1)	00,60	(2)	00,80

Fonte: Pesquisa Direta. 2016

Na Tabela 2, realizou-se comparação da idade e dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os gêneros masculino e feminino. Os resultados apontaram diferenças

estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as médias obtidas dos escores nos domínios físico e psicológico, maiores para o sexo masculino e feminino.

Tabela 2- Comparação de média da idade nos quatro domínios para uma boa qualidade de vida segundo gênero.

		N	Média	SD*	Mínimo	Maximo	P**
Idade	Masculino	80	72,7	8,05	60,0	100,0	0,10
	Feminino	170	71,6	8,34	60,0	07,0	
	Total	250	72,0	8,25	60,0	100,0	
Domínio Físico	Masculino	80	62,4	15,79	14,3	96,4	0,02
	Feminino	170	59,3	16,49	7,1	96,4	
	Total	250	60,4	16,31	7,1	96,4	
Domínio Psicológico	Masculino	80	67,9	12,53	8,3	91,6	0,01
	Feminino	170	65,3	12,92	16,7	95,8	
	Total	250	66,2	12,83	8,3	95,8	
Domínio das Relações Sociais	Masculino	80	68,8	13,16	16,7	100,0	0,11
	Feminino	170	69,9	13,48	0,0	100,0	
	Total	250	69,3	13,38	0,0	100,0	
Domínio Meio Ambiente	Masculino	80	56,5	9,52	31,2	87,5	0,31
	Feminino	170	55,6	11,10	21,9	87,5	
	Total	250	55,9	10,58	21,9	87,5	

Fonte: Pesquisa Direta. 2016

Em relação à classificação da qualidade de vida (Tabela 3), a prevalência geral de qualidade de vida muito boa foi de 66,2% e ruim de 3,1%, sendo a maior proporção de muito boa para o sexo feminino (70 %) e de ruim para o sexo masculino (3,75 %), com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,021$).

Tabela 3- Classificação da Qualidade de Vida segundo o gênero.

Qualidade de vida	Gênero			
	Masculino (n=80)		Feminino (n=170)	
	C	%	C	%
Muito Boa	48	60,0	119	70,0
Boa	16	20,0	34	20,0
Regular	10	12,5	12	7,0

Ruim	3	3,75	3	1,8
Muito Ruim	3	3,75	2	1,2
TOTAL	80	100	170	100

Fonte: Pesquisa Direta. 2016

A Tabela 4 apresenta a classificação da qualidade de vida de acordo com a renda. Para a maioria dos idosos (72,0%), a qualidade de vida foi considerada muito boa, sendo maior proporção (73,4%) para idosos com renda < 2 salários mínimos.

Tabela 4- Classificação da qualidade de vida* de idosos segundo a renda.

Qualidade de Vida											
	Muito boa			Boa		Regular		Ruim		Muito Ruim	
	N	C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
Renda familiar											
<2	82	60	73,4	12	14,6	5	6,0	3	3,6	2	2,4
≥2	168	120	71,4	24	14,2	20	12	2	1,2	2	1,2
Total	250	180	72,0	36	14,4	25	10,0	5	2,0	4	1,6

Fonte: Pesquisa Direta. 2016

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram delinear o perfil sociodemográfico dos idosos pesquisados, assim como avaliar sua qualidade de vida.

As características sociodemográficas dos idosos evidenciaram uma predominância do sexo feminino (68%). Esses dados são corroborados por outros estudos realizados com o objetivo de avaliar qualidade de vida em idosos onde a população feminina predominou frente à masculina^{20, 21,22,23,24,25,26}. Essa informação também é evidenciada pelos dados do Censo de 2010, sendo que 55% da população de idosos são constituído por mulheres.

O número elevado de mulheres participantes, além de correlacionar-se com o processo de feminização da velhice, demonstrou uma maior participação das mulheres em atividades

fora do ambiente domiciliar, o que já era de se esperar, visto que as mulheres, mais do que os homens, participam de atividades extradomésticas como organizações e movimentos de mulheres, cursos, viagens, trabalhos voluntários e trabalhos remunerados temporários²⁷.

Como possíveis fatores que explicam essa maior expectativa de vida entre as mulheres podem-se citar o menor consumo de bebidas alcoólicas e tabaco entre as mulheres em relação aos homens, redução da mortalidade materna e diferenças na exposição a fatores de risco para mortalidade por causas externas, tais como, acidentes de trânsito, homicídios e outros²⁸. Estima-se que as mulheres vivam aproximadamente sete anos a mais que os homens e tendam a ter problemas de períodos longos, crônicos e incapacitantes, enquanto que os homens idosos desenvolvem doenças fatais e de curta duração²⁹.

Em referencia ao estado civil, a maioria dos idosos tem cônjuge (52%). Com isso reflete aos achados demográficos do Brasil, em que há maior proporção de idosos casados ou em união estável³⁰. Corroborando com o estudo^{31, 32} apontaram que muitos idosos moram com companheiro/esposo, o que indica presença de apoio familiar.

No que se refere à escolaridade, observa-se que a maioria dos idosos (62,4%) frequentou a escola de 1 a 4 anos, esse aspecto se assemelha aos resultados encontrados por 22,23,24,25, 33, 34; 35 . Em sua investigação realizada em um município do Rio Grande do Sul encontrou uma diferença quanto a escolaridade, onde a maior parte dos idosos (52,9%) frequentaram de quatro a sete anos, seguido de um ano a três anos (28,2%) e oito anos a mais (18,8%). Esse resultado pode estar relacionado que os estados da região sul do país tem grau mais elevado de escolaridade se comparado com as outras regiões do país segundo dados do IBGE.

A escolaridade influencia diretamente no desenvolvimento da consciência de saúde, na capacidade de compreensão do tratamento prescrito e na prática do autocuidado, interferindo diretamente na relação paciente/profissional de saúde³⁶. O autor reforça que as mulheres

idosas são menos escolarizadas, pois, tiveram menos oportunidades de estudar tanto pela dificuldade de acesso à escola, quanto pelas responsabilidades nas atividades domésticas atribuídas a elas desde muito novas.

A média de analfabetos entre os investigados (21,2%), quando comparada aos dados nacionais (39,9%), foi menor em 18,7%, fato corroborado pelas dificuldades de acesso à educação encontradas por estas pessoas, na fase em que ainda eram jovens (alfabetização e formação profissional), quando comparadas à atualidade. Estas evidências justificam a prevalência de pessoas idosas com baixos níveis de escolaridade encontradas nesta investigação³⁷. Este fato pode ser atribuído à baixa adesão deles aos programas de alfabetização quando eram jovens e/ou quando adultos ou idosos³⁸.

A ocupação predominante referente aos sujeitos investigados foi a de aposentados, 204 (81,60%), condizente com o que já era esperado, uma vez que a população em estudo foi composta por pessoas com idade ≥ 65 anos, ou seja, faixa etária prevista na legislação brasileira para iniciar a aposentadoria (55 anos para mulheres e 60 anos para os homens)³⁹.

No que diz respeito à renda, ocorreu o predomínio de um a três salários mínimos (55,6%), equiparando-se a média de renda dessa população no Brasil (68,25% dos idosos do país recebem de um a três salários mínimos). Entretanto, estatísticas apontam a evolução favorável do rendimento médio nominal da população idosa entre os Censos de 1991 e 2010⁴⁰.

Em nenhum domínio da qualidade de vida, foi encontrado influência da variável renda. A pesquisa mostrou que os idosos estudados apresentaram bons escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-BREF, independente do gênero, quando comparados a pontuação máxima dos escores para cada domínio e as medias encontradas para os diferentes domínios da população em estudo.

Variáveis sociodemográficas como sexo, renda familiar, idade, escolaridade não influenciaram na qualidade de vida dos idosos estudados. Porém, quando se verificou a

relação do sexo para os domínios físico, psicológico e ambiental, os escores médios desses domínios foram significativamente maiores para os idosos do sexo masculino.

Pesquisas ressaltaram a relação do sexo com a qualidade de vida, apontando um destaque para sexo masculino⁴¹. Os idosos do sexo masculino apresentaram qualidade de vida muito boa. Os escores do domínio físico para qualidade de vida foram mais significativos nos idosos deste sexo⁴². Idosos do sexo feminino estão mais sujeitos a problemas físicos e mentais. Isto corrobora com menores escores no domínio psicológico⁴³.

Não foi observada relação significativa da idade com os domínios estudados. Para homens e mulheres é importante a manutenção física, funcional e o bem-estar emocional com o avanço da idade, resultando no equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões⁴⁴.

Nesse estudo, o domínio meio ambiente apresentou menores escores de qualidade de vida no sexo masculino (55,9%), sem significância estatística, configurando-se como a média mais baixa dos quatro domínios, o que pode estar relacionado às poucas oportunidades de lazer e as dificuldades de entretenimento na comunidade.

Os idosos do município de Picos, na sua grande maioria, apresentaram boa qualidade de vida por possuírem moradia com água tratada, energia elétrica e estarem principalmente no âmbito familiar.

Apenas os domínios psicológico e das relações sociais atingiram o que demonstra uma boa ou muito boa qualidade de vida dos idosos estudados, o que pode estar associado aos outros domínios, também considerados bons e maiores que 50%. Os domínios psicológico e social são relatados por vários estudos como relevantes para a qualidade de vida de idosos⁴⁵.

Em função da grande relevância do estudo da qualidade de vida, torna-se, portanto, necessária à realização de novos estudos que possibilitem verificar outros fatores que podem influenciar a qualidade de vida do idoso no município de Picos-PI.

CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu uma maior compreensão sobre a qualidade de vida dos idosos do município de Picos- PI. Onde pode-se concluir que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, composta por aposentados, com baixa escolaridade, moravam com a família e possuíam renda de 1 a 3 salários mínimos.

De acordo com os objetivos a análise da qualidade de vida, foi evidenciada uma avaliação positiva da mesma, mostrando que a maioria possuía uma qualidade de vida muito boa (70%). Os resultados mostraram melhor escore para o domínio das relações sociais e menor para o domínio meio ambiente.

Devido à relevância do estudo da qualidade de vida do idoso, espera-se que a pesquisa possa auxiliar os profissionais de saúde e a população de um modo geral no que se refere à saúde do idoso e ao processo do envelhecimento.

Os fatores determinantes da qualidade de vida englobam muito mais que a realização de atividade física ou a prática alimentar saudável, envolve os fatores socioeconômicos, demográficos, estilo de vida, as relações sociais e os aspectos psicológicos do indivíduo. Além disso, sofre a influência da cultura e do ambiente em que a pessoa está inserida.

Desse modo, a busca pela qualidade de vida, possui como protagonista o próprio ser humano, onde este deve ser empoderado e anelar possuir um estilo de vida saudável, visando alcançar boa saúde e a longevidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Macedo, D.C. **Avaliação de qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupo de convívio**. Botucatu. 2016
- 2- Evangelista, E.A. et al. Instrumentalização do índice de katz na população idosa de uma unidade da estratégia saúde da família. **Rev. de Enfermagem**. Recife. 2013.
- 3- Freitas, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- 4- Braga, M.C.P. Qualidade de vida medida pelo WHOQUOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. **Revista APS**, Minas Gerais. 2011.
- 5- OMS. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998
- 6- Giuliani, A.R. et al. Well-Being and Perceived Quality of Life in Elderly People Displaced After the Earthquake in L'Aquila, Italy. **J Community Health**. v.39,n.3,p.531-537,2014.
- 7- Tavares, D.M.S. et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial, **Rev. Eletr. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.211-218, 2011.
- 8- Kluthcovsky, A.C.G.C; Kluthcovsky, A. O WHOQOL, um instrumento para avaliar qualidade de vida. **Revista Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v.31, n.2, p.1-12, 2009.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- 10- Pereira, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psi. quiatr**. Rio Grande do Sul, v.28, n.1, p.27-38, 2006.
- 11- Lima, A.S.; Gaia, E.S.M.; Ferreira, M.A. A importancia do Programa hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em debate**. 2012.
- 12- Meirelles, B.H.S. et al. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.16, n.1, 2010.
- 13- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 14- Fleck, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- 15- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. 1ª edição, Lisboa, Abril de 2002.

- 16- Chaves, M.L.F. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN** (periódico na internet). 2006-2008.
- 17- Mello, B.L.D.; Haddad, M.C.L.; Dellaroza, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 34, n.1, p.95-102, 2012.
- 18- Silva, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 2012.
- 19- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2014.
- 20- Santos, S.R.; Santos, I.B.C.; Fernandes, M.G.M. et al. Qualidade 3. de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm.* 2002.
- 21- Galisteu, K.J.; Facundim, S.D.; Ribeiro, R.C.H.M.; Soler, Z.A.S.G. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de flanagan. *Arq Cienc Saúde.* 2006.
- 22- Corrente, J.E.; Machado, A.B.C. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo:Aplicação da escala de Flanagan. *ão da Escala de Flanagan. Rev. APS, Juiz de Fora*, 2010.
- 23- Souza, L.B.; Corrente, J. E. Evaluation of the Flanagan Quality of Life Scale for older adults. *International jornal of Science Commerce and Humanities.* Volume No1 No4, June 2013.
- 24- Vicente, F.R.; Santos, S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013.
- 25- Gutierrez, B.A.O.; Auricchio, A.M.; Medina, N.V.J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst.**2011.
- 26- Leite, M.T.; Winck, M.T.; Hildebrandt, L.M.; Kirchner,R.M.; Silva, L.A.A. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras.Gerontol**, Rio de Janeiro, 2012.
- 27- Camarano, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 28- Camarano, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, cap. 1, p. 25-75, 2004.
- 29- Tavares, D. M. S.; Dias, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida em idosos. **Texto contexto Enfermagem.** 2012.

- 30- Camarano, A.A. et al. **Idosos brasileiros:** indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, 2005.
- 31- Tavares, D.M.S.; Guidetti, G.E.C.B.; Saúde, M.I.B.M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev Eletr Enf.** 2008.
- 32- Pereira, R.J. et al. Influência de fatores sócios sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.
- 33- Serbim, A.K., Figueiredo, A.E.P.L. Qualidade de vida dos idosos em grupo de convivência . **Scientia Medica**. Porto Alegre. 2011.
- 34- Miranda, L.C.; Banhato, E.F.C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, v. 9, p. 293-300, 2008.
- 35- Vendruscolo, T.R.P. Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio. 95f. Dissertação (mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- 36- Neri, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. (Org.). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.
- 37- IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2010.
- 38- Pereira, M.M.; Silva, N.C. Livros didáticos da Rede Estadual de Educação (São Paulo): a Educação de Jovens e Adultos e a Lei 10.639/03. **Revista Ciências Humanas**. 2014.
- 39- Boneti, L.W. Exclusão e inclusão social: teoria e método. **Revista Contexto & Educação**. 2013.
- 40- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE. Dados preliminares do censo. 2010.
- 41- Del pino, A.C.S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista multidisciplinar de gerontología**. v.13, n.3, p.188-192, 2003.
- 42- Thome, B.; Dykes, A. K.; Hallberg, I. R. Quality of life in old people with and without cancer. **Quality of life Research**. V. 13, n.6, p. 1067-1080, 2004.
- 43- Jakobsson, U.; Hallberg, I.R.; Westergren, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of life Research**. v. 13, n. 1, p.125-136, 2004.
- 44- Gallicchio, L. et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. **J. Psychosom. Res.** v. 63, n.3, p.263-268, 2007.

- 45- Takemoto, A.Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 2, p. 256-262, 2011.

4.2 FOLDER – Orientações para promoção da qualidade de vida de idosos



APRESENTAÇÃO

O Brasil depara-se atualmente com um processo rápido de envelhecimento de sua população. Estima-se que, em menos de trinta anos, seremos o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, o que implicará em grande impacto sobre os serviços de saúde. Os problemas clínicos prevalentes nos idosos são, em geral, crônicos e múltiplos, exigindo acompanhamento multidisciplinar contínuo.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência.

O envelhecimento deve ser uma experiência positiva, assim, é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo.

Envelhecimento "ativo" é o processo de utilização das oportunidades através da participação nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa promovendo autonomia e independência.

Portanto, esse folder foi elaborado com o objetivo de orientar os idosos quanto à promoção da sua qualidade de vida.

O **envelhecimento ativo e saudável** consiste na busca pela qualidade de vida por meio de:

-  Alimentação adequada e balanceada
-  Prática regular de exercícios físicos
-  Convivência social estimulante
-  Busca de atividades prazerosas e/ou que atenuem o estresse
-  Redução dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco
-  Diminuição significativa da auto-medicação

Os fatores determinantes da qualidade de vida englobam muito mais que a realização de atividade física ou a prática alimentar saudável, envolve os fatores socioeconômicos, demográficos, estilo de vida, as relações sociais e os aspectos psicológicos do indivíduo. Além disso, sofre a influência da cultura e do ambiente em que a pessoa está inserida.

Desse modo, a busca pela qualidade de vida, possui como protagonista o próprio ser humano, onde este deve ser empoderado e anelar possuir um estilo de vida saudável, visando alcançar boa saúde e a longevidade.



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu, partindo-se do projeto a reflexão das condições sociodemográficas e qualidade de vida dos idosos atendidos pela ESF, do município de Picos-Piauí. Foi possível analisar os diferentes aspectos relacionados à qualidade de vida, tendo como base fundamental os domínios do WHOQOL-BREF.

Com base nos resultados obtidos, este estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos da Estratégia Saúde da Família na Secretaria de Saúde do município de Picos-PI, com o predomínio de idosos do gênero feminino, casados, aposentados, com renda familiar entre 1 à 3 salários mínimos.

Em relação à qualidade de vida, o instrumento evidenciou uma avaliação positiva, em relação aos domínios estudados. Esta investigação apresentou boa validade para o local de estudo, tratou-se de uma amostra aleatória da população estudada e por se tratar de uma comunidade com características peculiares, encontraram-se resultados semelhantes a outros estudos realizados com a população idosa brasileira.

Portanto, a manutenção de estudos relacionados ao envelhecimento no local é de fundamental importância para se traçar estratégias que favoreçam o bem-estar dos idosos. Com isso, essa pesquisa pode subsidiar o planejamento e as ações de diversos setores da sociedade que trabalham em prol do idoso, atuando no conjunto de variáveis que influenciam negativamente na qualidade de vida dos idosos e potencializando aquelas que melhoram as condições de vida e de saúde dessa população. Uma atenção especial deve ser dada aos fatores que potencialmente podem ser modificados, sendo capaz de provocar impacto em direção a um processo de envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.;BARRETO,I.C.H.C.;BEZZERRA, R.C. **Atenção primária a saúde e estratégia saúde da família**. Cap 25. Tratado de Saúde Coletiva, 2007

BONETI, L.W. Exclusão e inclusão social: teoria e método. **Revista Contexto & Educação**. 2013.

BRAGA, M.C.P. Qualidade de vida medida pelo WHOQUOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. **Revista APS**, Minas Gerais, v.14, n.1, p.93-100, 2011.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Brasil: Secretaria de Direitos Humanos, 2009. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/estatuto-do-idoso-dignidade-humana-como-foco>. Acesso em: 10 abril . 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística– IBGE. Dados preliminares do censo. 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 12).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASILEIRO, M. E.; SILVA, L. M. C. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Goiânia: Editora AB, 2011.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M.J. Políticas Públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A.A. et al. **Idosos brasileiros**: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, 2005.

CAMARANO, A.A.; Kanso, S.; Mello, J.L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CHAVES, M.L.F. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. **Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN** (periódico na internet). 2006-2008.

CORRENTE, J.E.; MACHADO, A.B.C. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo: Aplicação da escala de Flanagan. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 2010.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSEK, S. I. Atenção Integral na saúde do idoso no Programa saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enfem USP**, 2010

CRISP, N. *et al.* **Um Futuro para a Saúde – Todos temos um papel a desempenhar - Sumário executivo**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2014.

DEL PINO, A.C.S. Calidad de vida en la atención al mayor. **Revista multidisciplinar de gerontología**. v.13,n.3,p.188-192, 2003.

DIREÇÃO GERAL SAÚDE - **Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas**. Lisboa, 2012

DYNIEWCZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Paulo: Difusão Editora, 2007.

ESTORCK, A; ERBA, I. L. L; CORREA, R. C. **Os efeitos da musculação para terceira idade no desenvolvimento da qualidade de vida**. Faculdade de Educação Física de Sorocaba (ACM), Sorocaba, Brasil, 2012.

EVANGELISTA, E.A. et al. Instrumentalização do índice de katz na população idosa de uma unidade da estratégia saúde da família. **Rev. de Enfermagem**. Recife. 2013.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo. v.37,n.6,p.793-799, 2003.

FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2007.

FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GALISTEU, K.J. et al.. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de flanagan. *Arq Cienc Saúde*. 2006.

GALLICCHIO, L. et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. **J. Psychosom. Res.** v. 63, n3, p. 263-268, 2007.

GIULIANI, A.R. et al. Well-Being and Perceived Quality of Life in Elderly People Displaced After the Earthquake in L'Aquila, Italy. **J Community Health**. v.39, n.3, p.531-537, 2014.

GUNDUZ, Ercan, *et al.* - Effects of Sleep Quality, Income Level and Comorbid Conditions on Quality of Life in a Turkish Elderly Population: A Multicentre Study. **Turkish Journal of Geriatrics**. [Em linha]. v.18,n.2, 2015.

GUTIERREZ, B.A.O.; AURICCHIO, A.M.; MEDINA, N.V.J. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst**. 2011.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro; 2010.

JAKOBSSON, U.; HALLBERG, I.R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of life Research**. 2004.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C; KLUTHCOVSKY, A. O WHOQOL, um instrumento para avaliar qualidade de vida. **Revista Psiquiatria**. Rio Grande do Sul. 2009.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

LEITE, M.T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras.Gerontol**, Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, A.S.; GAIA, E.S.M.; FERREIRA, M.A. A importancia do Programa hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em debate**. 2012.

MACEDO, D.C. Avaliação de qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupo de convívio. Botucatu. 2016

MARTINS et al. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. **Estud. interdiscip. envelhec.**, Porto Alegre. 2007

- MEIRELES, V. C. Características dos Idosos em área de abrangência do programa de saúde da família na região noroeste do Paraná: contribuições para gestão do cuidado da enfermagem. **Revista Saúde e Enfermagem**. 2007
- MEIRELLES, B.H.S. et al. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, 2010.
- MELLO, B.L.D.; HADDAD, M.C.L.; DELLAROZA, M.S.G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum**, Maringá, 2012.
- MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro, 2001
- MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010
- MIRANDA, L.C.; BANHATO, E.F.C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, v. 9, p. 293-300, 2008.
- NASCIMENTO, S. R. C. **Nível de Atividade Física e Qualidade de Vida de Idosos**. Monografia apresentada ao curso de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba. Paraíba, 2011.
- NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.
- OMS. **Promoción de la salud: glosario**. Genebra: OMS, 1998
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. 1ª edição, Lisboa, Abril de 2002.
- PAIM, J. S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. Em: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz, 2008
- PASCHOAL, S.M.P. **Desafios da Longevidade : qualidade de vida**. In: PESSINI, Leocir Christian de; BARCHIFONTAINE, Paul de. **Bioética e Longevidade Humana**. Ed. Loyola, 2006.
- PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fis. esporte**. São Paulo. 2012
- PEREIRA, K. C. R.; ALVAREZ, A. M.; TRAEBERT, J. L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. 2011.

PEREIRA, L.F.S. “Envelhecimento ativo: Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em idosos praticantes de atividade física – Qigong”. **IX Curso Mestrado em Gestão da Saúde**. Lisboa. 2015.

PEREIRA, M.M.; SILVA, N.C. Livros didáticos da Rede Estadual de Educação (São Paulo): a Educação de Jovens e Adultos e a Lei 10.639/03. **Revista Ciências Humanas**. 2014.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psi. quiatr.* Rio Grande do Sul. 2006.

PEREIRA, R.J. et al. Influência de fatores sócios sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

QUEIROZ, C.O; MUNARO, H. L. R. Efeitos do treinamento resistido sobre a força muscular e a auto-percepção de saúde em idosas. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2012.

RECHEL, Bernd, *et al.* - How can health systems respond to population ageing? **Health Systems and Policy Analysis**. 2009.

RIBEIRO, J. A. B. et al. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Revista Bras. Ciênc. Esporte**. Florianópolis. 2012.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G.; HENRIQUES, M. E. R. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.6, p.757-764, 2002.

SANTOS, S.R. et al. Qualidade 3. de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm.* 2002.

SERBIM, A.K., FIGUEIREDO, A.E.P.L. Qualidade de vida dos idosos em grupo de convivência. **Scientia Medica**. Porto Alegre. 2011.

SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre. 2012.

SOUZA, L.B.; CORRENTE, J. E. Evaluation of the Flanagan Quality of Life Scale for older adults. *International jornal of Science Commerce and Humanities*. 2013.

TAKEMOTO, A.Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.** v.32, n.2, p.256-262, 2011.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida em idosos. **Texto contexto Enfermagem**, v.21, n.1, p.112-120, 2012.

TAVARES, D.M.S. et al. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial, **Rev. Eletr. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.2, p.211-218, 2011.

TAVARES, D.M.S.; GUIDETTI, G.E.C.B.; SAÚDE, M.I.B.M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Rev Eletr Enf**. v.10, n.2,p.299-309, 2008.

THOME, B.; DYKES, A. K.; HALLBERG, I. R. Quality of life in old people with and without cancer. **Quality of life Research**. v. 13, n16, p. 1067-1080, 2004.

VENDRUSCOLO, T.R.P. Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio.. 95f. Dissertação (mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

VICENTE, F.R.; SANTOS, S.M.A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Older persons in emergencies**. [Em linha]. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Qualidade de Vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Picos, Piauí**”, desenvolvida por **Karen Rejane Formiga da Costa**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi, sob orientação do Professora Dra. **Cristina Maria Miranda de Sousa**.

O objetivo central do estudo é: Avaliar a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Picos, Piauí. O convite a sua participação se deve à necessidade de desenvolver mais estudos científicos mostrando a questão social do idoso aliada à complexidade da vida, na qual exigem medidas urgentes no sentido de atingir o objetivo da Política Nacional do Idoso, que é permitir um envelhecimento saudável, preservando sua capacidade funcional, sua autonomia e mantendo o nível de qualidade de vida. Sua participação é muito importante.

Ressaltamos que o estudo será iniciado após sua autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em obediência aos preceitos que rege a resolução 466/12 do conselho nacional de saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Conforme a Resolução 466/12, CNS, é vedada qualquer forma de pagamento, sigilo das informações recebidas, a não identificação do seu nome, informamos ainda que a sua participação é livre e você poderá retirar-se da pesquisa em qualquer momento se assim desejar.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa que teve como finalidade avaliar a qualidade de vida dos idosos. Nesse estudo a amostra será composta por 250 idosos, que participam do programa HIPERDIA proposto pelas unidades de saúde, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Participarão da pesquisa, idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e que sejam capazes de responder aos questionários. Serão excluídos da pesquisa idosos ausentes do município, em internação hospitalar no período de realização do estudo e aqueles que apresentarem déficit cognitivo ou for portadores de doenças mentais.

O instrumento que será utilizado para a coleta de dados será o WHOQOL-BREF, instrumento internacional validado para o uso em idosos no Brasil. Além disso, será utilizado questionário sociodemográfico e econômico afim de caracterizar os participantes quanto idade, estado civil, escolaridade, entre outros aspectos. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora, e do questionário aproximadamente trinta minutos. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UNINOVAFAPI.

Os participantes poderão sofrer risco ocasionado pela pesquisa, como constrangimento. Para minimizar esse risco os pesquisadores realizarão as entrevistas de forma individual. Os benefícios, mesmo que em longo prazo, poderão servir como subsídios para a melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação/tese.

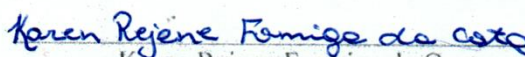
Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

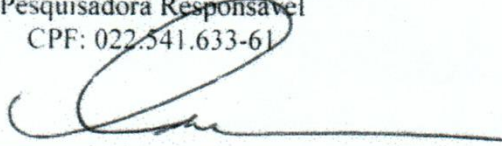


Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo participante e pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

O estudo tem como pesquisador responsável Karen Rejane Formiga da Costa, endereço: Rua Projetada, apartamento 201, condomínio Vale do Guaribas, Picos- Piauí-fone (89) 999335535, e-mail: karenformiga1986@hotmail.com . e como pesquisador participante; professora Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa, endereço : rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106- 0738, e-mail: cristinamiranda@uninovafapi.edu.br. Caso queira comunicar-se com os pesquisadores, favor entrar em contato pelos telefones citados.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br.. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.


Karen Rejane Formiga da Costa
Pesquisadora Responsável
CPF: 022.541.633-61


Cristina Maria Miranda de Sousa
Pesquisadora Participante
CPF: 241.214.523-72

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Telefone Institucional : 899 99335535 e-mail:karenformiga1986@hotmail.com

Picos-PI: _____ de _____ de 20_____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:



APÊNDICE B- QUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO E ECONOMICO DECLARAÇÃO

VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr(a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

1. Em que dia , mês e ano o(a) Sr(a) nasceu? Quantos anos completos tem?
2. Em qual cidade o senhor nasceu?
3. A quantos anos mora na cidade?
4. O(a) Sr(a) sabe ler e escrever um recado?
 1. Sim 2. Não
5. O(a) Sr(a) foi a escola?
 1. Sim 2. Não
6. Se sim, qual a ultima série de que grau na escola obteve aprovação?
 1. Ensino fundamental (o primario + ginásio) 2. Ensino medio (antigo classico e científico) 3. Ensino fundamental + auxiliar tecnico 4. Tecnico de nivel medio 5. Magistério+ segundo grau 6. Graduação (nivel superior) 7. Pos-graduação
7. Número de anos que frequentou a escola?
8. Qual o seu estado civil? 1. Casado(a) 2. Amasiado(a) 3. Viuvo(a) 4. Divorciado(a)
5. Nunca casou 10.O(a) Sr.(a) teve filhos?
 1. Sim 2. Não
9. Se sim, quantos filhos?
10. Atualmente o Sr.(a) trabalha? 1. Sim _____ 2. Não
11. Atualmente de onde tira o seu sustento e de sua familia?
 1. Do seu trabalho 2. Aposentadoria 3. Pensão 4. Ajuda do cônjuge 5. Ajuda de parentes 6. Alugueis/ investimentos 7. Outra(s) fonte(s)_____
12. Em média, qual sua renda mensal?
 1. Não possui renda 2. De R\$ 0,00 a R\$ 880,00 3. De R\$ 880,00 a R\$ 1600,00 4. Acima de R\$ 1600,00
13. A casa que mora é sua? 1. sim _____ 2. Não
14. Na sua casa possui água tratada. 1.Sim_____ 2. Não
15. Na sua casa tem energia elétrica? 1. Sim _____ 2. Não

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – WHOQUOL-BREF

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 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 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

		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 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

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

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	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 B- MINI EXAME MENTAL –MEEM

Paciente: _____
 Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....()
- Dia do mês (1 Ponto)()
- Mês (1 Ponto).....()
- Ano (1 Ponto)()
- Hora Aproximada (1 Ponto).....()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....()
- Cidade (1 Ponto).....()
- Estado (1 Ponto).....()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

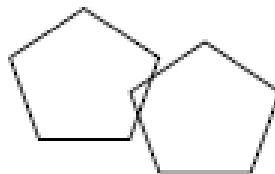
- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente
 (1 ponto para cada cálculo correto)()
 (alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente
 (1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)()
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,
 dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()



SCORE (____/30)

Fonte: FOLSTEIN et al. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, v. 12, n. 3, p.189-198, 1975.

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA DO MUNICIPIO DE PICOS, PIAUI**" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa do sistema CEP/CONEP e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 466/12**. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Autorizo os (as) pesquisadores (as) **Karen Rejane Formiga da Costa e Cristina Maria Miranda de Sousa** realizarem a(s) etapa(s) de coleta de dados referente ao trabalho com a aplicação de questionário socioeconômico e de qualidade de vida utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Teresina, 22 de outubro de 2015.



Armando de Sousa Filho
Secretário Mun. Saúde de Picos
087-3311-500/2015

Carimbo e Assinatura do responsável pela Instituição

José Venâncio de Sousa Filho

Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Picos

ANEXO D- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP											
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA											
Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Picos, Piauí											
Pesquisador: KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA											
Área Temática:											
Versão: 3											
CAAE: 50913015.2.0000.5210											
Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA											
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio											
DADOS DO PARECER											
Número do Parecer: 1.476.119											
Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritiva com abordagem quantitativa objetivando avaliar a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família na cidade de Picos, Piauí.											
Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Avaliar a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Picos, Piauí. Objetivo Secundário: Verificar a influência de variáveis sócio-demográficas e econômicas na qualidade de vida dos idosos pesquisados; Analisar os domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida desses idosos; Verificar o grau de qualidade de vida nos idosos cadastrados; Elaborar uma cartilha com orientações voltadas à promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.											
Avaliação dos Riscos e Benefícios: Os riscos e benefícios foram apresentados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.											
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O presente protocolo trata de um estudo de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, apoiado nos conceitos e concepções do envelhecimento, bem como no											
 Theonas Gomes Pereira Coordenadora do CEP UNINOVAFPI											
<table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123</td><td>CEP: 64.073-505</td></tr><tr><td>Bairro: Bairro do Uruguai</td><td></td></tr><tr><td>UF: PI</td><td>Município: TERESINA</td></tr><tr><td>Telefone: (86)2106-0738</td><td>Fax: (86)2106-0740</td></tr><tr><td colspan="2">E-mail: cep@uninovafapi.edu.br</td></tr></table>		Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123	CEP: 64.073-505	Bairro: Bairro do Uruguai		UF: PI	Município: TERESINA	Telefone: (86)2106-0738	Fax: (86)2106-0740	E-mail: cep@uninovafapi.edu.br	
Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123	CEP: 64.073-505										
Bairro: Bairro do Uruguai											
UF: PI	Município: TERESINA										
Telefone: (86)2106-0738	Fax: (86)2106-0740										
E-mail: cep@uninovafapi.edu.br											

Página 01 de 03

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.476.119

referencial temático sobre qualidade de vida, que será realizado por coleta de dados nos grupos de HIPERDIA de idosos cadastrados na ESF da zona urbana do município de Picos – PI. O estudo terá uma amostra de 250 idosos. Será utilizado WHOQOL-BREF, instrumento internacional, validado no Brasil, e um questionário para obtenção de informações sociodemográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Lembrar que a primeira página (Página 1 de 2) deve ser rubricada pelas pesquisadoras e pelo participante, constando também as assinaturas dos mesmos na segunda e última página.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa apresenta adequações à Res. 466/12 do CNS, portanto esta é aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_594215.pdf	29/02/2016 22:34:41		Aceito
Outros	questionariocorrecao.pdf	29/02/2016 22:34:10	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcorrecao.docx	27/02/2016 15:55:14	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrecao.pdf	27/02/2016 15:54:26	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Cronograma	cronogramanovo.pdf	27/02/2016 15:52:56	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.docx	11/11/2015 23:35:49	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Outros	curriculolattes karen.docx	11/11/2015 23:29:44	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito

Theoná Gomes Peres
Coordenadora do CEP UNINOVAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

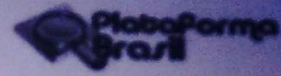
Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.476.119

Outros	curriculolattescriptinamaria.docx	11/11/2015 23:29:11	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.docx	11/11/2015 23:28:16	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.docx	11/11/2015 12:14:28	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	11/11/2015 12:11:10	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	folhadestiro.docx	11/11/2015 11:45:13	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	quesdftionario.pdf	19/10/2015 10:46:04	KAREN REJANE FORMIGA DA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

TERESINA, 03 de Abril de 2016

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Theonas Gomes Pereira
Coordenador do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO E – REVISTA CIENCIA & SAÚDE COLETIVA

Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva

(espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).