



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

OLGA DE FÁTIMA JANSEN DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ

TERESINA

2013

OLGA DE FÁTIMA JANSEN DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM FLORIANO, 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 de título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de
Sousa

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo de
Carvalho e Martins

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: A saúde da família no ciclo vital

TERESINA

2013

S237q

SANTOS, Olga de Fátima Jansen dos.

Qualidade de vida de idosos atendidos na estratégia saúde da família / Olga de Fátima Jansen dos Santos. Orientadora. Profa. Dra. Cristina Maria Miranda de Sousa. – Teresina, 2013.

63f.; il.; 29cm.

Dissertação de Mestrado (Dissertação do Programa de Mestrado Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

1. Idosos. 2. Qualidade de Vida. 3. Estratégia saúde da família. I – Título. II. Sousa, Cristina Maria Miranda de.

CDD 614.812 2

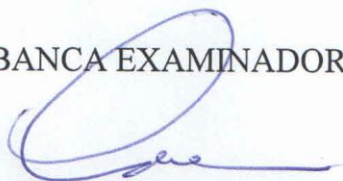
OLGA DE FÁTIMA JANSEN DOS SANTOS

QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ

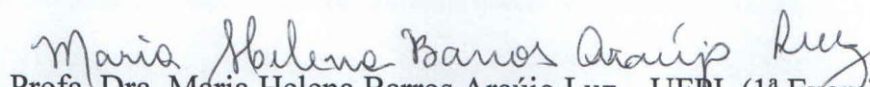
Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM,
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI como
requisito para obtenção do título de Mestre.

Data da Aprovação: 14/06/2013

BANCA EXAMINADORA



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


Profa. Dra. Maria Helena Barros Araújo Luz – UFPI (1ª Examinadora)


Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins – UNINOVAFAPI (2ª Examinadora)

Dedico à minha mãe, Maria de Lourdes Reis Jansen (*in memoriam*) que me guia em cada descoberta da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar comigo sempre, pela coragem e fé diante das lutas diárias.

Ao meu esposo, Gerson por todo apoio prestado, com quem espero envelhecer e partilhar a minha vida.

Aos meus filhos, Gerson Júnior e Lara de Lourdes, razão do meu viver.

Ao meu pai Ozimo pelo companheirismo, dedicação e importância que sempre atribuiu à educação dos seus filhos.

Aos meus irmãos, em especial Ivanilde, minha segunda mãe, pelo incentivo e dedicação.

Aos meus sobrinhos, em especial Hugo, Helane e Helena pela ajuda nesta etapa.

À mestranda Thalyta, pelo apoio e dedicação na realização deste trabalho.

À amiga Layana pelo amizade e apoio.

Às enfermeiras Géssica e Josiete pela ajuda na coleta.

À doutoranda Guilhermina Castro pelas orientações.

À Secretaria Municipal de Saúde de Floriano pela autorização na realização desta pesquisa

Às Secretárias do Mestrado, Gelssemânia e Elizângela, pelo carinho e pronto atendimento.

Aos professores que contribuíram no meu crescimento intelectual.

À minha orientadora, professora Doutora Cristina Maria Miranda de Sousa por aceitar compartilhar experiências.

À minha co-orientadora, professora Doutora Maria do Carmo de Carvalho e Martins pela dedicação e colaboração na realização deste trabalho.

Às professoras Doutoras Maria Helena Barros Araújo Luz e Regina Maria Sousa de Araújo, integrantes da banca examinadora, pelas sugestões que enriqueceram o trabalho.

À coordenadora professora doutora Eliete pelo incentivo e paciência.

Aos colegas do mestrado por compartilhar conhecimentos e dúvidas.

Aos idosos que concordaram em participar e contribuir para realização desta pesquisa.

A todos que contribuíram direta e indiretamente no desenvolvimento deste trabalho.

Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira, se o milênio é outro.
Se a idade aumenta...
Conserva a vontade de viver,
Não se chega a parte alguma sem ela.

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADDQOL- (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life/ Avaliação da Qualidade de Vida na Diabetes)

EORTC-QL- (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life/ Organização Europeia de Investigação do Tratamento do Câncer)

ESF- Estratégia Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial da Saúde

PI- Piauí

PNSPI- Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SPSS- Statistical Package for the Social Science

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life/ Organização Mundial de Saúde de Avaliação de Qualidade de Vida)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo Geral	13
1.1.2 Objetivos Específicos	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Teorias do processo de envelhecimento	15
2.2 O processo de envelhecimento	16
2.3 Aspectos relacionados à avaliação da Qualidade de vida dos idosos.....	18
2.4 A Avaliação da Qualidade de vida	20
3 METODOLOGIA	23
3.1 Desenho de Estudo	23
3.2 Local de Estudo	23
3.3 População e amostra	23
3.4 Critérios de Inclusão	24
3.5 Variáveis de Estudo	25
3.6 Instrumentos de Coleta de dados	25
3.7 Coleta de Dados	25
3.8 Organização e análise dos dados	25
3.9 Aspectos Éticos	26
3.10 Riscos e Benefícios	26
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1 Manuscrito I – Qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família em Floriano - Piauí	27
4.2 Cartilha - Orientações Gerais para Promoção da Saúde e Prevenção de Quedas.....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE	50
ANEXO	54

RESUMO

Considera-se idoso no Brasil, pessoa com idade igual ou superior a 60 anos. O crescimento da população idosa no país tem gerado um impacto social, chamando a atenção da sociedade para o acompanhamento de políticas públicas direcionadas à terceira idade, na perspectiva de promover o bem estar do idoso. No envelhecimento a qualidade de vida deve ser avaliada através da valorização da forma de pensar de cada indivíduo, tendo como base os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. O objeto desta investigação foi a qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família, em Floriano Piauí e os objetivos foram: caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos pesquisados, classificar a qualidade de vida dos idosos e comparar os gêneros masculino e feminino, relacionar a qualidade de vida com as condições socioeconômicas dos idosos e elaborar uma cartilha com orientações voltadas à promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, apoiado nos conceitos e concepções do envelhecimento, bem como no referencial temático sobre qualidade de vida, realizado por coleta de dados nos domicílios de idosos cadastrados na ESF da zona urbana do município de Floriano – PI. O estudo teve uma amostra de 671 idosos. Foi utilizado WHOQOL-Bref, instrumento internacional, validado no Brasil, e um questionário para obtenção de informações sociodemográficas. As associações foram realizadas por testes qui-quadrado e análise de agrupamento hierárquico. Os resultados analisados mostraram predominância para o sexo feminino (65,3%). A maioria dos idosos vivia sem companheiro no âmbito familiar, com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos e possuíam qualidade de vida muito boa (66,2%), sendo a maior proporção de idosos do sexo masculino (69,5%), com diferença significativa entre os sexos ($p=0,021$). Portanto, a maioria dos idosos pesquisados possuía boa qualidade de vida segundo os escores dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref, apresentando maiores escores para o domínio das relações sociais e menores para o domínio meio ambiente.

Palavras-chave: Idoso. Qualidade de vida. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, people are considered elderly when they 60 years of age or more. The growth of this share of the population in the country has brought huge social impact, getting the attention of society to public policies oriented to people in old age, aiming to promote well-being to the elderly. During the process of aging, quality of life must be evaluated through valuing each individual's mindset, considering physical, psychological, social, cultural and spiritual aspects. The object of this survey was the investigation of the quality of life of elderly people attended by the Family Health Strategy in Floriano – Piauí, aiming to outline the sociodemographic profile of the subjects, classify their quality of life and compare the differences between the genders, relate quality of life to socioeconomic conditions and elaborate a booklet with information on health and quality of life for people in old age. This is a cross-sectional, descriptive-exploratory and quantitative study supported by the concepts and conceptions of aging, as well as by the themes related to quality of life, where data were collected at the home of elderly people registered in the FHS covering the urban area of Floriano – PI. It had a sample population of 671 subjects and used WHOQOL-Bref, international instrument validated in Brazil and a questionnaire for obtaining sociodemographic information. All the associations were made by using the chi-square and hierarchical grouping tests. The results showed predominance of females (65.3%). Most of the subjects lived without a partner, with monthly income ranging between 1 and 3 minimum salaries and had very good quality of life (66.2%). Most of which were males (69.5%), with significant difference between genders ($p=0.021$). Thus, most of the subjects in this study had good quality of life according to the scores obtained in the items evaluated by WHOQOL-Bref, showing higher scores in terms of social relationships and lower ones in terms of environmental aspects.

Key words: Elderly. Quality of life. Family Health Strategy.

RESUMEN

En Brasil, se considera anciano la persona con edad igual o superior a 60 años. El crecimiento de la población anciana en el país ha generado un impacto social, llamando la atención de la sociedad para el seguimiento de las políticas públicas dirigidas a la tercera edad, a fin de promover el bienestar de lo anciano. En el envejecimiento, la calidad de vida debe evaluarse a través de la valorización de la forma de pensar de cada individuo, teniendo como base los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. El objeto de esta investigación fue la calidad de vida de los ancianos atendidos en la Estratégia Saúde da Família, en Floriano, Piauí y los objetivos fueron: caracterizar el perfil sociodemográfico de los ancianos pesquisados, clasificar la calidad de vida de los ancianos y comparar los géneros masculino y femenino, relacionar la calidad de vida de los ancianos con sus condiciones socioeconómicas y elaborar una cartilla con orientaciones destinadas a promover la salud y la calidad de vida de la persona anciana. Se trata de un estudio transversal, descriptivo-exploratorio, con enfoque cuantitativo, con el apoyo de los conceptos y concepciones del envejecimiento, así como el tema de referencia sobre la calidad de vida, realizado mediante la recopilación de datos sobre los hogares de ancianos inscritos en la ESF de la zona urbana de la ciudad de Floriano – PI. El estudio tuvo una muestra de 671 ancianos. Se utilizó el WHOQOL-Bref, un instrumento internacional, validado en Brasil, y un cuestionario para obtener informaciones sociodemográficas. Las asociaciones fueron realizadas pruebas chi-cuadrado y análisis de agrupamiento jerárquico. Los resultados analizados mostraron predominio del sexo femenino (65,3%). La mayoría de los ancianos vivía sin compañero en la familia, con ingreso mensual de 1 a 3 salarios mínimos y tenían muy buena calidad de vida (66,2%), con mayor proporción de varones ancianos (69,5%), con una diferencia significativa entre los sexos ($p = 0,021$). Por lo tanto, la mayoría de los ancianos encuestados tenía una buena calidad de vida de acuerdo con las puntuaciones de los dominios evaluados por el WHOQOL-Bref, con las puntuaciones más altas para el dominio de las relaciones sociales y menores para el dominio del medio ambiente.

Palabras-clave: Anciano. Calidad de vida. Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo cultivou-se no Brasil a ideia de que este era um país jovem, porém, atualmente é considerado de idosos, com vinte e um milhões de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, o que corresponde a 11% da população nacional. A previsão para 2020 é de uma população de trinta milhões de idosos, o que representará 13% da população geral no país. Em 2010, o número de pessoas no Piauí com 60 anos ou mais era de 331.772, o que corresponde a 11,4% da população do Estado e o município de Floriano, localizado a 240 Km da capital, possuía 6.439, correspondendo a 11,16% da população (IBGE, 2010).

O crescimento do número de idosos no país tem gerado impacto social, chamando a atenção da sociedade para políticas públicas voltadas ao idoso. Na perspectiva do envelhecimento populacional, estudos têm demonstrado que estes são grandes usuários dos serviços de saúde e muitos são 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).

No Brasil a avaliação da qualidade de vida da população vem sendo utilizada no lugar de indicadores tradicionais de saúde. O número de publicações encontradas em periódicos, incluindo aqueles da área de saúde, vem aumentando desde a década de 1970. Existe, atualmente, uma tendência de avaliar a qualidade de vida com base nos aspectos específicos associados a diferentes grupos de indivíduos com determinadas patologias ou mesma idade (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Os critérios de avaliação são valorizados a partir da forma de pensar de cada indivíduo, tendo como base as circunstâncias nas quais se encontram, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Por essa razão, têm sido propostas diferentes escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para determinadas populações de indivíduos (PASCHOAL, 2004).

O conceito de qualidade de vida depende do nível sociocultural e das aspirações pessoais de cada um, além de estar relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, os quais dependem de aspectos como capacidade funcional, níveis econômico e psicossocial, atividade intelectual, valores culturais, éticos e religiosos, estado de saúde e satisfação em suas atividades desenvolvidas (PASCHOAL, 2004).

A política pública da Estratégia Saúde da Família (ESF) voltada à terceira idade permite o conhecimento da realidade social e de saúde da pessoa idosa, buscando, assim, resultados para promover melhorias de sua capacidade funcional, prevenção de doenças e recuperação da saúde, proporcionando um envelhecimento saudável.

Entende-se que os problemas encontrados nessa fase da vida têm características específicas e que devem ser solucionados, preferencialmente 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 (PEREIRA et al., 2006).

Considerando a carência de estudos relacionados à avaliação da qualidade de vida e perfil sociodemográfico de idosos no Piauí, principalmente no interior do Estado, este estudo avaliou a qualidade de vida dos idosos atendidos na ESF do município de Floriano, em busca de maior e melhor compreensão das condições em que vivem os idosos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Floriano, Piauí.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos pesquisados;
- Classificar a qualidade de vida dos idosos;
- Comparar a qualidade de vida de idosos dos gêneros masculino e feminino;
- Relacionar a qualidade de vida com as condições socioeconômicas dos idosos;
- Elaborar uma cartilha com orientações voltadas à promoção de saúde e qualidade de vida da pessoa idosa

2 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento populacional no Brasil teve origem com o desenvolvimento social, período em que ocorreu uma grande queda geral da mortalidade infantil e da fecundidade, consequentemente, resultando em aumento da expectativa de vida (ANDRADE; MARTINS, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) deve-se considerar idoso, nos países em desenvolvimento, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

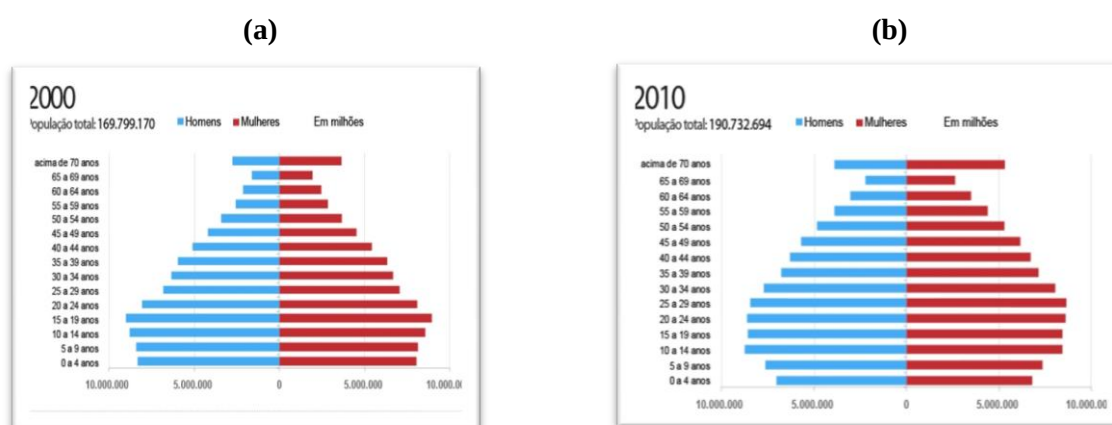


Figura 1 - Pirâmide etária Brasil (a) no ano de 2000 e (b) ano 2010.

Fonte: IBGE, 2010

Deve ser destacado que o Brasil começa a ser considerado um país de idosos, pois sua pirâmide etária foi alterada de estrutura com base larga e ápice estreito para uma estrutura com uma base retangular, conforme pode ser observado na Figura 1.a e 1.b que apresenta as pirâmides etárias para a população brasileira nos anos de 2000 e 2010 (BRASIL, 1999)

No Brasil, o envelhecimento configura-se em um fenômeno predominantemente urbano, resultante do movimento migratório da década de 1960 que, devido à industrialização, resultou no maior acesso da população a bens e serviços de saúde, além de redução da fecundidade (BRASIL, 1999).

Paralelamente ao declínio da fecundidade, também foi observado aumento da expectativa de vida, o que tem levado a um crescimento importante do número de idosos na população brasileira, com projeções para o ano de 2050 apontando para uma população de 63 milhões de pessoas na terceira idade (BRASIL, 2010). É importante destacar que essas transformações demográficas representam um grande desafio para a sociedade brasileira.

Para Abreu (2005), o processo de envelhecimento, também chamado senescência, caracteriza-se por um declínio funcional de todos os sistemas do corpo, de maneira gradual e simultânea, em que o homem envelhece porque suas células envelhecem, uma vez que estas possuem um determinado período de vida útil em que mantêm suas funções intactas.

2.1 Teorias do processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento é complexo, fazendo-se necessária a compreensão das diversas teorias para explicá-lo. Por oportuno acrescenta-se que a preocupação com a terceira idade somente passou a ser parte do conhecimento científico a partir do aumento da expectativa de vida, o que ocorreu concomitantemente com a expansão de recursos utilizados nas pesquisas. Dentre as diferentes teorias utilizadas para explicar o processo de envelhecimento destacam-se as teorias biológicas, psicológicas e sociais (TEIXEIRA, 2006).

As teorias biológicas tratam o envelhecimento como um fenômeno conhecido pelos biólogos e estabelecem várias classificações, enfocando aspectos biológicos para a velhice. Durante muito tempo essas teorias foram direcionadas apenas para as características físicas do envelhecimento. Contudo, com o avanço científico, seu foco foi alterado para aspectos relacionados à bioquímica e atualmente as principais teorias biológicas são a imunológica, a genética, a do uso e do desgaste, a relacionada aos radicais livres de oxigênio e a neuroendócrina (SILVA, 2007).

Nas teorias biológicas o envelhecimento é descrito como o resultado da ação de inúmeros mecanismos fisiológicos, incluindo alterações imunológicas, genéticas e celulares. Por outro lado, as teorias psicológicas estão relacionadas a estudos gerontológicos e sociais desenvolvidos por psicólogos, antropólogos, assistentes sociais e sociólogos e têm como finalidade explicar a influência dos aspectos sociais, culturais, psicológicos e históricos existenciais relacionados ao envelhecimento que abordam os aspectos da mudança ordenada, dialética e a contextualista (FIGUEIREDO, 2006).

A teoria imunológica considera o envelhecimento resultado da produção de anticorpos contra as células saudáveis do próprio organismo, decorrente da perda da capacidade desse sistema em reconhecer o que é próprio e o que não é próprio para ele (GAVA, 2005).

A teoria genética é baseada no processo de envelhecimento do organismo relacionado às mudanças na expressão gênica como responsáveis pelo envelhecimento celular, sendo tais mudanças de natureza genéticas ou específicas que atuam tanto em meio

intracelulares quanto extracelulares. A teoria do uso e do desgaste descreve o comportamento do organismo como o de uma máquina, que poderia apresentar alterações em consequência de seu uso, levando-o à velhice (SILVA, 2007).

A teoria dos radicais livres de oxigênio trata a longevidade como inversamente proporcional à extensão do dano oxidativo e diretamente proporcional às defesas antioxidantes. Descreve o envelhecimento como consequência da peroxidação dos lipídios não saturados levando à formação de substâncias tóxicas para a célula (CANCELA, 2007). A teoria neuroendócrina, por outro lado, relaciona o envelhecimento com a diminuição quantitativa dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Nesse sentido, a teoria do desenvolvimento ou paradigma de mudança ordenada trata o processo de envelhecer em diferentes estágios, tendo como base a existência de tendências de crescimento, estabilidade e declínio. Portanto, cada fase da vida teria um tema básico e suas próprias tarefas e metas. A teoria dialética considera que as transições de desenvolvimento podem sofrer influências negativas ou positivas, que mudam conforme a idade, podendo ser individuais ou coletivas, produzindo um desenvolvimento normal ou interrompido. A teoria do paradigma contextualista sugere mudanças evolutivas produzidas a partir da interação do indivíduo com o meio ambiente, definidas como duas entidades que se influenciam. Desse modo, a trajetória do desenvolvimento é descrita como um processo cujo fundamento é baseado na idade cronológica ou crises evolutivas (FONSECA, 2007).

As teorias sociais incluem a teoria da atividade, do colapso e das trocas, as quais propõem um entendimento dentro da área relativa ao envelhecimento. A teoria da atividade é mostrada como influenciadora dos movimentos sociais para incrementação de atividades de lazer e educação não formal como essenciais para o bem-estar. A teoria do colapso descreve o comportamento do idoso no enfrentamento das crises relacionadas no processo de envelhecer, sendo estas definidas como perda da saúde, do companheiro, dentre outras. A teoria das trocas descreve a interação entre indivíduos como uma tentativa de maximizar as recompensas e reduzir custos, podendo ser estes de origem materiais e não materiais (SILVA, 2007).

2.2 O processo de envelhecimento

O envelhecimento extrapola a biologia do ser humano e perpassa todos os aspectos da vida deste indivíduo, ou seja, aspectos bio-psico-socio-culturais, sendo observado que, com o passar dos anos, as mudanças ocorridas com o envelhecimento são decorrentes de um

acúmulo de experiências de vida e que, quando bem elaboradas, permitem uma boa adaptação a esse novo estágio da vida (LEITE, 2008).

Para Cianciarullo, Silva e Cunha (2005), o envelhecimento é caracterizado como um processo contínuo e finito, onde a imagem do corpo tem importância fundamental e a perda da autonomia é delineador entre a saúde e a doença, apresentando-se de diferentes formas nos indivíduos dependendo de aspectos culturais, condições de trabalho, lazer, habitação e educação. A velhice é definida como última fase da vida e situações como perdas psicomotoras, afastamento social e restrições de papéis sociais são aspectos peculiares a essa fase. Nessa perspectiva, envelhecer com saúde é consequência do estilo de vida individual e de fatores genéticos e depende das atitudes tomadas pelo indivíduo ao longo de sua vida, as quais podem ou não resultar em uma estabilidade física e espiritual.

O aumento da expectativa de vida trouxe também repercussões nos setores de saúde e social. Destaca-se a modificação epidemiológica com alterações no quadro de morbimortalidade, que passou de um perfil típico de uma população jovem, que apresenta principalmente doenças infectocontagiosas, para um quadro de doenças crônicas e múltiplas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, demência, osteoporose e outras, exigindo acompanhamento e cuidado por serem consideradas ameaças à saúde, requerendo, assim, estratégias de tratamento e autocuidado. A política de atenção à saúde do idoso, além da monitorização de indicadores capazes de avaliar as taxas de morbidade e o impacto da doença, deve privilegiar a promoção da qualidade de vida (VICTOR et al., 2009). Assim, o processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, implicam numa série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando muitas vezes à necessidade de ser cuidado (BRASIL, 2010).

O ramo da ciência que estuda a velhice e o envelhecimento é a gerontologia, que tem como preocupação a manutenção e o aumento da garantia da qualidade de vida dos idosos. O principal objeto de estudo da área é o processo de envelhecimento e os problemas que decorrem desse fenômeno, uma vez que é caracterizado por modificações funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao próprio meio ambiente, trazendo como consequência o aumento na incidência de processos patológicos que podem levar à morte (YUNI; URBANO, 2008).

2.3 Aspectos relacionados à avaliação da qualidade de vida dos idosos

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 1995/99. 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).

Apesar disso, observa-se no Brasil uma realidade preocupante: o envelhecimento sem qualidade de vida e a carência no aspecto político e social de suporte para a melhoria na qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, para um envelhecimento saudável (MENDES et al., 2005).

A realidade dos idosos se relaciona com o nível de pobreza e o preconceito com respeito à condição de velhice. A sociedade, capitalista e lucrativa, baseada na utilidade da pessoa, não deixou espaços para a participação e contribuição do idoso. Pesquisas demonstram que idosos pobres apresentam maior incidência de doenças devido às condições a que estão expostos, tais como a situação precária e má alimentação, associando-se ainda com dificuldades de cuidar de si mesmos. Apesar dos programas do governo, situações de saúde precária, pobreza e solidão são retratos da vida cotidiana da maioria dos idosos brasileiros (MENDES et al., 2005).

É notório o fato de que os benefícios oferecidos pela previdência social muitas vezes representam a principal ou mesmo única fonte de renda do idoso pobre e de sua família. Tais benefícios, contudo, são insuficientes para assegurar condições satisfatórias para o atendimento de suas necessidades básicas, que incluem despesas com alimentação, moradia, medicamentos, dentre outras, uma vez que seus valores não têm acompanhado as mudanças decorrentes dos aumentos do custo de vida, de maneira a garantir seu bem-estar.

Existe a necessidade de implementação e acompanhamento de políticas públicas que sejam direcionados à prevenção de enfermidades e promoção à saúde, bem como a reflexão da sociedade voltada à terceira idade. Os profissionais devem manifestar preocupações quanto à realização de pesquisas, objetivando a melhoria da qualidade de vida da população idosa, pois fatores como longevidade, saúde biológica e mental, satisfação, produtividade e renda estão associados à definição de qualidade de vida na velhice. Para que ocorra uma avaliação

com abrangência necessária, torna-se importante a adoção de indicadores de natureza biológica, psicológica, cultural e espiritual (MARTINS, 2009).

A avaliação da qualidade de vida da pessoa idosa é de fundamental importância para que governo e profissionais possam elaborar projetos e programas destinados ao atendimento das necessidades específicas desse grupo populacional, de modo a proporcionar-lhe um envelhecimento saudável e feliz. Para isso, torna-se imperativo definir qualidade de vida, sendo a mais antiga definição encontrada em documentos de Aristóteles que a tratou como significado de felicidade, relacionando-a com a boa vida e progresso pessoal, referindo tratar-se de um ponto de discórdia entre pessoas, devido ao ponto de vista de cada um, tendo como referências as suas vidas, o tempo em que vivenciavam a pobreza ou riqueza. Durante muitos anos o significado de qualidade de vida foi relacionado ao conceito de boa vida (PASCHOAL, 2005).

Somente a partir de 1960, com um artigo de Elkington que abordava a temática “medicina e qualidade de vida”, o termo passou a ser utilizado na área da saúde (PASCHOAL, 2005). Na mesma década, a evolução do termo “qualidade de vida” passou a englobar o desenvolvimento humano, socioeconômico e a percepção das pessoas a respeito de suas vidas. Houve melhora dos indicadores de mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência, entre outros. Em consequência disso, a forma de avaliação da qualidade de vida foi alterada para englobar a valorização do subjetivo, ou seja, a percepção do indivíduo sobre si mesmo e com respeito aos outros (WONG; CARVALHO, 2006).

Segundo a OMS, qualidade de vida é “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” (PASCHOAL, 2005, p.73). Este conceito engloba os três aspectos relevantes à definição de qualidade de vida, como 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 multidimensionalidade, por sua vez, inclui três dimensões: a física, a psicológica e a social. A bipolaridade possui dimensões positivas e negativas. A positiva inclui papéis sociais, mobilidade, autonomia, dentre outros, enquanto a negativa possui outras dimensões como dor, fadiga e dependência (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

2.4 A avaliação da qualidade de vida

No Brasil a preocupação com a avaliação da qualidade de vida da população surgiu recentemente e vem sendo utilizada no lugar de indicadores tradicionais de saúde. O número de publicações encontradas em periódicos, incluindo aqueles da área de saúde, vem aumentando desde a década de 1970. Existe, atualmente, uma tendência de avaliar a qualidade de vida com base nos aspectos específicos, associados a diferentes grupos de indivíduos com determinadas patologias ou mesma idade (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Os critérios de avaliação são valorizados a partir da forma de pensar de cada indivíduo, tendo como base as circunstâncias nas quais se encontram, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Por essa razão, têm sido propostas diferentes escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para determinadas populações de indivíduos (PASCHOAL, 2004).

Atualmente os instrumentos utilizados para avaliação da qualidade de vida dividem-se em dois grupos: os genéricos e os específicos. Os genéricos medem todos os aspectos relacionados à qualidade de vida, enquanto os específicos avaliam os distúrbios de saúde percebidos pelo próprio paciente e podem ser aplicados em pessoas com vários tipos de doenças em diferentes tratamentos ou mesmo em culturas e lugares variados. São exemplos destes instrumentos o Eortc-Ql (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life / Organização Europeia de Investigação do Tratamento do Câncer) para pacientes com neoplasias, e o ADDQoL (Audit of Diabetes Dependent Quality of Life/ Avaliação da Qualidade de Vida no Diabetes), para pessoas com diabetes melitus (CAMPOS; RODRIGUES, 2008).

Entre os instrumentos genéricos está o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life / Organização Mundial de Saúde de Avaliação de Qualidade de Vida), desenvolvido por um grupo de especialistas da OMS e que foi elaborado com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos a partir de informações relacionadas aos diferentes aspectos de vida. Foi elaborado em duas versões: o WHOQOL 100 e o WHOQOL-BREF, sendo o primeiro composto por 100 questões e o segundo, uma versão simplificada deste questionário, criada no Brasil com 26 questões. O instrumento WHOQOL-BREF surgiu a partir da necessidade de se avaliar a qualidade de vida em um curto espaço de tempo e permite avaliar características psicométricas de forma que se obtenham dados satisfatórios (BRAGA, 2011).

No WHOQOL BREF a primeira questão refere-se à qualidade de vida, abrangendo esse aspecto de forma geral. A segunda relaciona-se à própria saúde. As outras 24 questões estão relacionadas aos quatro domínios padrões: físicos, psicológicos, relações sociais e meio ambiente. Para cada tema existe uma pergunta e cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5. O quadro 1, apresenta os domínios considerados no WHOQOL-BREF (TAVARES; DIAS, 2012).

Quadro 1 - Domínios do WHOQOL-BREF

Domínio 1- Domínio Físico
1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho
Domínio 2- Domínio psicológico
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
Domínio 3- Relações sociais
13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual
Domínio 4- Meio Ambiente
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação e oportunidades de recreação
22. Ambiente físico: (poluição, ruído, trânsito, clima)
23. Transporte

Fonte: FLECK et al. (2000, p. 179)

Qualquer que seja o instrumento a ser utilizado na avaliação da qualidade de vida do idoso, a concepção do próprio idoso em relação à qualidade de vida é a base fundamental e deve influenciar na escolha dos itens a serem aplicados. O objetivo é medir o quanto os idosos

idealizam o que é importante para suas vidas, se o que almejam foi concretizado, se estão ou não satisfeitos. Realiza-se uma comparação entre qualidade de vida real e o padrão idealizado, estimando a diferença entre expectativas das pessoas e suas realizações. A concepção completa-se com a avaliação, o que corresponde ao grau de satisfação com suas vidas. A mutabilidade, considerada a quarta dimensão desse constructo confirma que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa. O lugar, o tempo, o estado de espírito e humor são variantes nesse sentido (PASCHOAL, 2005).

Deve ser mencionado que o crescimento do número de idosos no país tem gerado impacto social, chamando a atenção da sociedade para a necessidade de políticas públicas voltadas ao idoso. Na perspectiva do envelhecimento populacional, estudos têm demonstrado que estes são grandes usuários dos serviços de saúde e muitos são acometidos por doenças ou agravos que requerem um acompanhamento, os quais ainda que não sejam fatais tendem a comprometer a qualidade de vida.

Nesse contexto, a avaliação da qualidade de vida pode constituir-se em fonte de informações utilizadas como subsídio para o planejamento de políticas públicas direcionadas à pessoa idosa a fim de solucionar os problemas encontrados nessa fase da vida na própria comunidade, ou seja, na área em que está inserida a Estratégia Saúde da Família. O envelhecimento populacional torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção e de medidas voltadas para as características específicas dos problemas enfrentados por essa população, que possibilitarão a prevenção e soluções adequadas de agravos encontrados, contribuindo, assim, para assegurar um envelhecimento saudável.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho de Estudo

Trata-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 Local de estudo

O estudo foi realizado nos domicílios de idosos cadastrados em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana da cidade de Floriano, localizada na região sul do estado do Piauí, 240 Km da capital, Teresina.

3.3 População do estudo

A população estudada foi constituída por uma amostra de 671 idosos cadastrados em Unidades Básicas de Saúde, inseridos na ESF, na zona urbana de Floriano. A cidade possui 24 equipes ESF, sendo 17 localizadas na zona urbana e 7 na zona rural. No cálculo do tamanho da amostra, foi considerado um nível de confiança de 95%, população finita de 5.509 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. O quadro 2 representa o número de idosos cadastrados nas unidades de saúde da zona urbana de Floriano e o número de indivíduos pesquisados segundo UBS.

Quadro 2 - Unidades básicas de Saúde do município de Florianópolis e número de idosos cadastrados.

Unidade Básica de Saúde	Idosos Cadastrados	Pesquisados
1-Catumbi	344	39
2-Dirceu Arcoverde	414	49
3-Viana de Carvalho	542	58
4-Santa Cruz	347	39
5-Paulo Kalume	418	30
6-Bosque Santa Teresinha	368	39
7-Pedro Simplício	268	29
8- Camilo Filho	160	20
9- Helvídio Barros	406	45
10- Theodoro Fonseca	583	68
11-NS da Guia	107	29
12-PAM	361	42
13- Florianópolis	396	45
14-Taboão	305	36
15-José Paranguassu	348	39
23- Paulo Martins	284	32
24-Alfredo de Carvalho	254	32
Total	5.509	671

3.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Participaram da pesquisa idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e que eram capazes de responder aos questionários.

Foram excluídos da pesquisa idosos ausentes do município, em internação hospitalar no período de realização do estudo e aqueles que apresentaram déficit cognitivo ou que fossem portadores de doenças mentais.

3.5 Variáveis de estudo

Foram consideradas variáveis de estudos da pesquisa os componentes dos domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, bem como características sociodemográficas como idade, gênero, situação conjugal, escolaridade, renda, condições de lazer e de saúde.

3.6 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o WHOQOL-BREF (ANEXO D), instrumento internacional validado para o uso em idosos no Brasil. Além disso, foi utilizado questionário sociodemográfico e econômico (APÊNDICE B) desenvolvido pela pesquisadora, incluindo questões sobre ocupação, condições de moradia, escolaridade e renda.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em domicílios no período de março a agosto de 2012. Para isso, foi solicitado previamente na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis lista de idosos cadastrados na ESF da zona urbana e realizado um sorteio simples, proporcional ao número de idosos participantes da pesquisa, através dos nomes e endereços. Durante a realização das entrevistas, os idosos que participaram do estudo foram observados por um familiar ao responder as questões.

3.8 Organização e análise de dados

Os dados obtidos da pesquisa foram provenientes das respostas dos idosos ao questionário e foram expostos em tabelas e gráficos. Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 15.0. Nas análises estatísticas utilizaram-se descrição de frequência da amostra total e da estratificada por sexo. Fez-se também análise de relevância de agrupamento hierárquico. Realizou-se 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 $p < 0,05$.

3.9 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI, parecer número 0440.0.043.000-11, respeitando a Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitado o termo de anuência junto à Secretaria de Saúde do município de Floriano para a realização do estudo.

Foram preservados na pesquisa todos os direitos dos idosos, garantindo-lhes a liberdade de recusar a participação ou retirar seu consentimento de participação no decorrer do trabalho. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado, assegurando, ainda, o caráter anônimo dos sujeitos, mantendo as suas identidades protegidas.

A participação dos idosos nesta pesquisa ocorreu de forma voluntária e todas as informações e esclarecimentos a respeito do estudo foram prestados a estes.

3.10 Riscos e Benefícios

O estudo não apresentou riscos para os pesquisados. Entre os benefícios da realização do estudo está a determinação do diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos, possibilitando fornecer subsídios para o planejamento de políticas públicas voltadas para a população idosa de Floriano.

4 RESULTADOS

4.1 Manuscrito I

Qualidade de vida de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família^I

Quality of life of elderly people attended by the Family Health Strategy

Calidad de vida de las personas mayores atendidas em la Estrategia de Salud Familiar

Olga de Fátima Jansen dos Santos ^I, Maria do Carmo de Carvalho e Martins ^{II}, Maria Helena Barros Araújo Luz ^{II}, Cristina Maria Miranda de Sousa ^{III}

^I Mestre. Enfermeira do Hospital Regional Tibério Nunes, Floriano-Piauí. Centro Universitário-UNINOVAFAPI. Email: olgafpj@hotmail.com

^{II} Centro Universitário UNINOVAFAPI, Universidade Federal do Piauí-UFPI

^{III} Centro Universitário-UNINOVAFAPI

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida de idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal, descritivo-exploratório, quantitativo, realizado nos domicílios de idosos da zona urbana do município de Florianópolis – PI. A amostra constituiu-se por 671 idosos. A coleta de dados foi realizada utilizando o WHOQOL-Bref e um questionário para obtenção de informações sociodemográficas. As associações foram realizadas por testes Quiquadrado e análise de agrupamento hierárquico. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino (65,3%). A maioria dos idosos viviam sem companheiro, no âmbito familiar, com renda mensal de 1 a 3 salários mínimos e possuía qualidade de vida muito boa (66,2%), sendo maior proporção para o sexo masculino (69,5%), com diferença significativa entre os sexos ($p=0,021$). **Conclusão:** A maioria dos idosos pesquisados possuía boa qualidade de vida segundo os escores dos domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref, apresentando maiores escores para o domínio das relações sociais e menor para o domínio meio ambiente. **Descritores:** Idosos; Qualidade de vida; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life of elderly people assisted by the Family Health Strategy. **Methods:** Cross-sectional, descriptive-exploratory and quantitative study conducted at the homes of elderly people in the urban area of Florianópolis – PI. The sample was composed of 671 elderly people. Data were collected by using WHOQOL-Bref and a questionnaire for social-demographic information. The data were processed with the Chi-square test and analysis of hierarchy grouping. **Results:** The majority of the study was composed of females (65.3%). Most of the elderly people surveyed lived without a spouse, with monthly income ranging between 1 and 3 minimum salaries and had very good quality of life (66.2%). Most of the latter were males (69.5%), with significant difference between genres ($p=0.021$). **Conclusion:** The majority of the elderly people surveyed had good quality of life according to scores from the dominions evaluated by WHOQOL-Bref, showing higher scores in the dominion of social relationships and lower scores in the dominion of environment. **Descriptors:** Elderly; Quality of Life; Family Health Strategy.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de ancianos inseridos en la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** Estudio transversal, descriptivo-exploratorio, cuantitativo, realizado en los domicilios de ancianos de la zona urbana del municipio de Florianópolis – PI. La muestra se constituyó por 671 ancianos. La recolección de datos fue realizada utilizando el WHOQOL-Bref y un cuestionario para obtención de informaciones sociodemográficas. Las asociaciones fueron realizadas por tests Chiquadrado y análisis de agrupación jerárquica. **Resultados:** Hubo predominancia del sexo femenino (65,3%). La mayoría de los ancianos vivían sin compañero en el ámbito familiar, con renta mensual de 1 a 3 salarios mínimos y poseían calidad de vida muy buena 66,2%, siendo mayor proporción del sexo masculino (69,5%), con diferencia significativa entre los sexos ($p=0,021$). **Conclusión:** La mayoría de los ancianos investigados poseía buena calidad de vida según las frecuencias de los dominios evaluados por el WHOQOL-Bref, presentando mayores frecuencias para el dominio de las relaciones sociales y menor para el dominio medio ambiente. **Descriptores:** De edad; Calidad de vida; Estrategia Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo cultivou-se no Brasil a ideia de que este era um país jovem, porém, atualmente é considerado de idosos, com vinte e um milhões de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, o que corresponde a 11% da população nacional. A previsão para 2020 é de uma população de trinta milhões de idosos, o que representará 13% da população geral no país. Em 2010, o número de pessoas no Piauí com 60 anos ou mais era de 331.772, o que corresponde a 11,4% da população do Estado e o município de Floriano, localizado a 240 Km da capital, possuía 6.439, correspondendo a 11,16% da população⁽¹⁾.

O crescimento do número de idosos no país tem gerado impacto social, chamando a atenção da sociedade para políticas públicas voltadas ao idoso. Na perspectiva do envelhecimento populacional, estudos têm demonstrado que estes são grandes usuários dos serviços de saúde e muitos são acometidos por doenças ou agravos que requerem um acompanhamento, os quais, ainda que não sejam fatais, tendem a comprometer a qualidade de vida⁽²⁾.

No Brasil a avaliação da qualidade de vida da população vem sendo utilizada no lugar de indicadores tradicionais de saúde. O número de publicações encontradas em periódicos, incluindo aqueles da área de saúde, vem aumentando desde a década de 1970. Existe, atualmente, uma tendência de avaliar a qualidade de vida com base nos aspectos específicos associados a diferentes grupos de indivíduos com determinadas patologias ou mesma idade⁽³⁾.

Os critérios de avaliação são valorizados a partir da forma de pensar de cada indivíduo, tendo como base as circunstâncias nas quais se encontram, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Por essa razão, têm sido propostas diferentes escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para determinadas populações de indivíduos⁽⁴⁾.

O conceito de qualidade de vida depende do nível sociocultural e das aspirações pessoais de cada um, além de estar relacionado com a autoestima e o bem-estar pessoal, os quais dependem de aspectos como capacidade funcional, nível econômico, psicossocial, atividade intelectual, valores culturais, éticos e religiosos, estado de saúde e satisfação em suas atividades desenvolvidas⁽⁴⁾.

A política pública da Estratégia Saúde da Família (ESF), voltada à terceira idade permite o conhecimento da realidade social e de saúde da pessoa idosa, buscando, assim,

resultados para promover melhorias de sua capacidade funcional, prevenção de doenças e recuperação da saúde, proporcionando um envelhecimento saudável.

Entende-se que os problemas encontrados nessa fase da vida têm características específicas que devem ser solucionados, preferencialmente, 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 ⁽⁵⁾.

Considerando a carência de estudos relacionados à avaliação da qualidade de vida e perfil sociodemográfico de idosos no Piauí, principalmente no interior do Estado, este estudo avaliou a qualidade de vida dos idosos atendidos na ESF do município de Floriano em busca de maior e melhor compreensão das condições em que vivem os idosos.

METÓDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado nos domicílios de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Floriano, Piauí. A referida cidade possui 24 equipes ESF, das quais 17 estão localizadas na zona urbana e 7 na zona rural. A população de idosos cadastrados na zona urbana é de 5.905 pessoas.

A amostra utilizada no estudo foi do tipo aleatória estratificada proporcional e composta por 671 indivíduos. No cálculo do tamanho da amostra foi considerado um nível de confiança de 95% e população finita de 5.905, segundo a fórmula utilizada para estimativas da proporção de grandes amostras ⁽⁶⁾, sendo a margem de erro obtida de 3,6%.

Os critérios de inclusão foram: não apresentar déficit cognitivo ou quadros que impossibilitassem responder as questões. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o WHOQOL-BREF, o qual avaliou condições socioeconômicas e a qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um instrumento internacional, validado para o uso em idosos no Brasil. ⁽⁷⁾ Foi desenvolvido por um grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul ⁽⁸⁾ com a finalidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos a partir de informações relacionadas aos diferentes aspectos da vida.

O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada do WHOQOL-100 que foi desenvolvida para rápida aplicação, composto por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida e a segunda questão à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas em

domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio é composto por questões cujas pontuações variam entre 1 e 5⁽³⁾. Também foi aplicado na pesquisa, um questionário sociodemográfico, desenvolvido pela pesquisadora para obtenção de informações sobre faixa etária, situação conjugal, tempo de estudo, aposentadoria, moradia, com quem reside e renda familiar mensal.

A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2012. Para isso, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde de Floriano a relação de idosos cadastrados na ESF da zona urbana e realizado um sorteio simples, proporcional ao número de idosos atendidos pelas equipes da ESF em cada UBS. As informações foram coletadas nos domicílios dos sujeitos do estudo. Os dados obtidos da pesquisa foram provenientes das respostas dos idosos ao questionário e foram expostos em tabelas e gráficos. Na análise estatística, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 15.0, realizando-se comparação de médias da idade, dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos masculino e feminino. As associações foram realizadas por meio do teste Quiquadrado (χ^2) e também foi realizada análise de agrupamento hierárquico. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí-NOVAFAPI, parecer número 0440.0.043.000-11. Todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos.

RESULTADOS

Na tabela 1 são apresentados aspectos relacionados às características sociodemográficas dos idosos pesquisados. Observou-se que a maioria dos idosos (65,3%) 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 (22,4%), vivia sem companheiro (57,2%) e possuía apenas de 1 a 4 anos de estudo (47,7%). Os idosos pesquisados foram, na sua grande maioria, aposentados (86,9%) e mais da metade (53,8%) possuía renda entre dois e três salários mínimos. A análise mostrou ainda que os idosos viviam com a família, possuindo moradia própria (90,9%), com água tratada (98,7%) e energia elétrica (99,7%).

Segundo as características sociodemográficas dos idosos pesquisados estratificadas por gênero, os dados obtidos do estudo revelaram que 24,9% dos idosos do sexo masculino estavam na faixa etária de 70-74 anos e 22,8% dos idosos do sexo feminino estavam na faixa

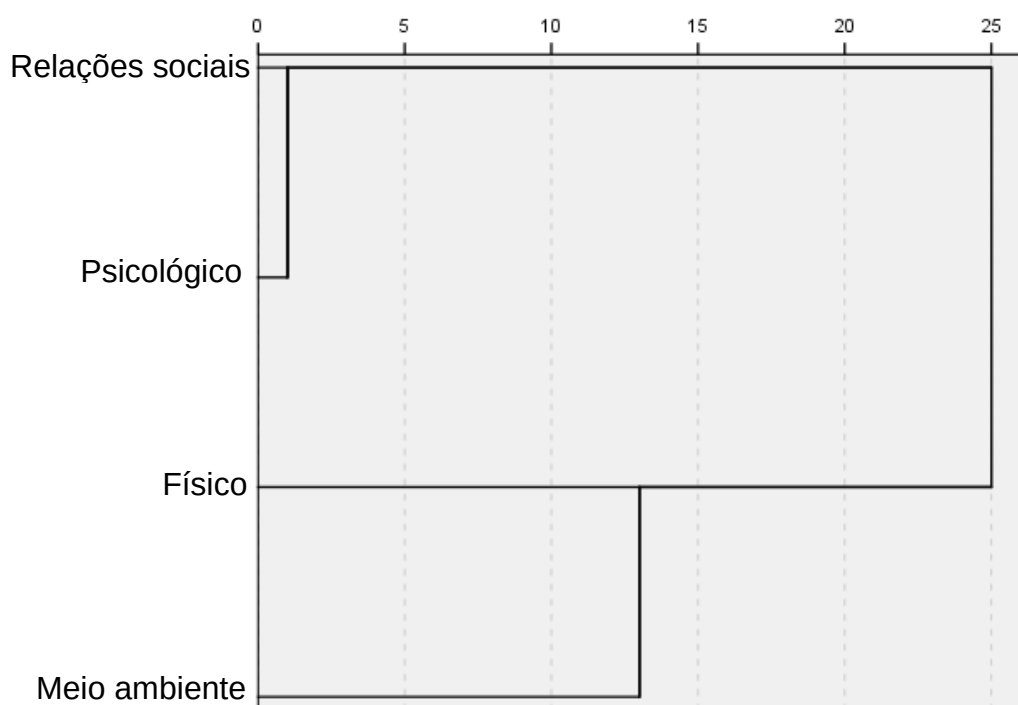
etária de 60-64 anos. A pesquisa ainda apontou que 81,5% dos idosos do sexo masculino viviam sem companheira, enquanto que para o sexo feminino mais da metade (55,7%) vivia com companheiro. A renda dos idosos do sexo masculino foi significativamente maior que a do sexo feminino ($p < 0,05$), sendo inferior a dois salários mínimos no sexo feminino (48,6%).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) na zona urbana do município de Floriano, Piauí, segundo características sociodemográficas.

Variável	Masculino (n= 233)	Feminino (n=438)	Geral (671)	P
Faixa Etária (anos)	(n) %	n %	n %	
60-64	(39) 16,7	(100) 22,8	(139) 20,7	
65-69	(52) 22,3	(98) 22,4	(150) 22,4	
70-74	(58) 24,9	(89) 20,3	(147) 21,9	
75-79	(38) 16,3	(68) 15,5	(106) 15,8	
80-84	(21) 9,1	(45) 10,3	(66) 9,8	0,29
85-89	(20) 8,6	(24) 5,5	(44) 6,6	
90 e mais	(5) 2,1	(14) 3,2	(19) 2,8	
Situação Conjugal				
Sem companheiro	(190) 81,5	(194) 44,3	(384) 57,2	0,00
Com companheiro	(43) 18,5	(244) 55,7	(287) 42,8	
Com quem reside				
Sozinho	(13) 5,6	(55) 12,6	(68) 10,1	0,00
Família	(220) 94,4	(383) 87,4	(603) 89,9	
Tempo de estudo (ano)				
Sem estudo	(89) 38,2	(136) 31,1	(225) 33,5	
1 a 4	(105) 45,1	(215) 49,1	(320) 47,7	
5 a 9	(23) 9,9	(56) 12,8	(79) 11,8	
10 a 12	(12) 5,2	(25) 5,7	(37) 5,5	0,39
>12	(4) 1,6	(6) 1,3	(10) 1,5	
Aposentadoria				
Não	(27) 11,6	(61) 13,9	(88) 13,1	0,23
Sim	(206) 88,4	(377) 86,1	(583) 86,9	
Moradia própria				
Sim	(211) 90,6	(399) 91,1	(610) 90,9	0,46
Não	(22) 9,4	(39) 8,9	(61) 9,1	
Moradia com abastecimento de água tratada				
Sim	(228) 97,9	(434) 99,1	(662) 98,7	0,17
Não	(5) 2,1	(4) 0,9	(9) 1,3	
Moradia com Energia Elétrica				
Sim	(232) 99,6	(437) 99,8	(669) 99,7	0,57
Não	(1) 0,4	(1) 0,2	(2) 0,3	
Renda Familiar mensal (salários mínimos)				
< 2	(71) 30,5	(213) 48,6	(284) 42,3	
2 a 3 salários	(149) 63,9	(212) 48,4	(361) 53,8	0,00
4 a 6 salários	(10) 4,4	(12) 2,7	(22) 3,3	
>6 salários	(3) 1,2	(1) 0,3	(4) 0,6	

O dendrograma apresentado na Figura 1, obtido pelo agrupamento hierárquico dos escores dos domínios para qualidade de vida do “WHOQOL-bref” convertidos em escala de 0-100 nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, revelou dois grupos distintos. O primeiro composto pelo domínio psicológico com o domínio de relações sociais, pois os mesmos apresentaram grande similaridade segundo os valores dos seus escores obtidos para população de idosos pesquisados. Isso mostra que as relações sociais estão intimamente ligadas às questões psicológicas. O segundo grupo ficou com o domínio físico, que apresentou uma relação próxima com o domínio meio ambiente devido às similaridades dos escores alcançados para ambos os domínios. Esta similaridade reforça que o domínio físico é interligado com o domínio meio ambiente.

Figura 1 – Dendrograma das relações entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.



Na Tabela 2, realizou-se comparação da idade e dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos 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 media da idade nos quatro domínios para uma boa qualidade de vida segundo sexo.

		N	Media	SD*	Mínimo	Máximo	p**
Idade	Masculino	233	72,7	8,05	60,0	100,0	
	Feminino	438	71,6	8,34	60,0	97,0	0,10
	Total	671	72,0	8,25	60,0	100,0	
Domínio Físico	Masculino	233	62,4	15,79	14,3	96,4	
	Feminino	438	59,3	16,49	7,1	96,4	0,02
	Total	671	60,4	16,31	7,1	96,4	
Domínio Psicológico	Masculino	233	67,9	12,53	8,3	91,6	
	Feminino	438	65,3	12,92	16,7	95,8	0,01
	Total	671	66,2	12,83	8,3	95,8	
Domínio das Relações Sociais	Masculino	233	68,8	13,16	16,7	100,0	
	Feminino	438	69,9	13,48	0,0	100,0	0,11
	Total	671	69,3	13,38	0,0	100,0	
Domínio Meio Ambiente	Masculino	233	56,5	9,52	31,2	87,5	
	Feminino	438	55,6	11,10	21,9	87,5	0,31
	Total	671	55,9	10,58	21,9	87,5	

SD* - Desvio padrão e p** - Nível de significância

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 masculino (69,5%) e de ruim para o sexo feminino (4,1%), com diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($p = 0,021$).

Tabela 3 – Classificação da qualidade de vida de idosos segundo o sexo.

Qualidade de vida	Sexo			
	Masculino (n=233)		Feminino (n=435)	
	C	%	C	%
Muito boa	162	69,5	282	64,4
Boa	52	22,3	80	18,3
Regular	13	5,6	50	11,4
Ruim	3	1,3	18	4,1
Muito Ruim	3	1,3	11	1,6
Total	233	100	438	100

$$\chi^2 = 11,535^a; p = 0,021$$

a. 1 célula (10%) tem expectativa menor do que 5. A expectativa mínima esperada é de 3,82.

N: número de idosos por extrato considerado; C: número de casos.

A Tabela 4 apresenta a classificação da qualidade de vida de acordo com a renda. Para a maioria dos idosos (66,2%), a qualidade de vida foi considerada muito boa, sendo maior proporção (69,9%) para idosos com renda ≥ 2 salários mínimos.

Tabela 4 – Classificação da qualidade de vida* de idosos segundo a renda e a idade.

Qualidade de Vida											
Renda familiar mensal (salários mínimos)	N	Muito Boa		Boa		Regular		Ruim		Muito ruim	
		C	%	C	%	C	%	C	%	C	%
<2	282	172	61,0	64	22,7	33	11,7	11	3,9	2	0,7
≥ 2	389	272	69,9	68	17,5	30	7,7	10	2,6	9	2,3
Total	671	444	66,2	132	19,7	63	9,4	21	3,1	11	1,6
Idade (anos)											
<70 anos ^s	291	213	73,2	80	17,9	18	11,8	8	2,7	0	0,0
≥ 70 anos	380	231	60,8	52	21,1	45	6,2	13	3,4	11	2,3
Total	671	444	66,2	132	19,7	63	9,4	21	3,1	11	1,6

$$*\chi^2 = 10,493^a; p = 0,033$$

1 Célula (10%) tem expectativa menor do que 5. A expectativa mínima esperada é de 4,62.

$$^s\chi^2 = 18,960^a; p = 0,001$$

a.1 Célula (10%) tem expectativa menor do que 5. A expectativa mínima esperada é de 4,77.

Em relação à idade, observou-se que 19,7% dos idosos apresentavam qualidade de vida boa, sendo menor proporção para os idosos abaixo dos 70 anos de idade (17,9%). Destaca-se que 9,4% dos idosos pesquisados apresentavam qualidade de vida regular e a maioria tinha idade abaixo dos 70 anos (11,8%). A maior proporção dos idosos com 70 anos ou mais (3,4%) possuía qualidade de vida ruim (3,1%). Em todos os casos analisados foram encontradas diferenças significativas entre idosos com idade de <70 anos e ≥ 70 anos ($p = 0,001$).

DISCUSSÃO

Os idosos estudados são na maioria do sexo feminino (65,3%), característica também encontrada em outros estudos realizados no Brasil que evidenciaram que o país possui uma razão de 100 mulheres para 82 homens idosos ⁽¹⁾. 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 duração ⁽⁹⁾.

Observou-se predomínio na faixa etária de 70-74 anos para o sexo masculino (24,9%). Percentual inferior foi obtido em pesquisa realizada com idosos residentes em Juiz de Fora/MG ⁽²⁾.

Em relação à situação conjugal, 57,2% dos idosos pesquisados viviam sem companheiros. Pesquisa realizada demonstra que não ter companheiro pode estar relacionado ao fato da solidão ser uma condição social que fragiliza a saúde, favorecendo a introspecção e pior percepção no que se refere à condição física ⁽¹⁰⁾. Outras pesquisas mostraram que não ter companheiro está relacionado a baixo nível de qualidade de vida ⁽¹¹⁾.

Considerando o fato de que a maioria dos idosos estudados reside com a família (89,9%) em casa própria (90,9%), observou-se que é essencial a inserção da família do idoso em domicílios com várias gerações, beneficiando a relação familiar, reduzindo o isolamento e promovendo a qualidade de vida ⁽¹²⁾.

Dos idosos pesquisados, 47,7% tinham menos de 4 anos de estudo. Essa porcentagem é inferior à descrita para a população de idosos do Nordeste, que possuía 52,2% de idosos com menos de 4 anos de escolaridade e são considerados analfabetos funcionais ⁽¹⁾.

Os idosos pesquisados, na sua grande maioria, eram aposentados (86,9%). A aposentadoria deve ser pensada como oportunidade de novas escolhas ⁽¹³⁾. A atividade laboral,

na perspectiva psicológica, é uma afirmação da autoestima e da ocupação de um papel na sociedade. Com o término da atividade profissional, outros fatores acabam por se extinguir como a magnitude das relações sociais, o reconhecimento pela profissão e a referência no trabalho, o que tem como consequência o sentimento de impotência e exclusão do idoso na sociedade⁽¹⁴⁾.

Em relação à renda familiar mensal, 96% dos idosos da zona urbana do município de Florianópolis possuíam renda de 1 a 3 salários mínimos. No entanto, esse dado não reflete apenas o rendimento do idoso, o que leva a pensar que a família possa estar financeiramente amparada por este. A maioria dos idosos brasileiros vive com um salário mínimo, que é o valor de aposentadoria mais frequente pago à população idosa.⁵ No Brasil 22,9% dos idosos tinham rendimentos maiores que 2 salários mínimos e 43,2% até 1 salário ⁽¹⁾.

Não foi encontrada influência da variável renda em nenhum dos domínios da qualidade de vida. O estudo apontou que os idosos apresentaram bons escores de qualidade de vida para todos os domínios do WHOQOL-Bref, independente de sexo, quando comparados à pontuação máxima dos escores para cada domínio e às médias encontradas para os diferentes domínios da qualidade de vida na população estudada. 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 masculino⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. 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 sexo⁽¹⁷⁾. Idosos do sexo feminino estão mais sujeitos a problemas físicos e mentais. Isto corrobora com menores escores no domínio psicológico⁽¹⁸⁾.

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 dimensões ⁽¹⁹⁾.

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 da zona urbana do município de Florianópolis, 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 idosos ⁽²⁰⁾.

Em função da grande relevância do estudo da qualidade de vida, torna-se, portanto, necessária a realização de novos estudos que possibilitem verificar outros fatores que podem influenciar a qualidade de vida do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu a compreensão sobre a qualidade de vida dos idosos do município de Floriano-PI. A maioria dos idosos era do sexo feminino, composta por aposentados, de baixa escolaridade, morava com a família e possuía renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Em relação à qualidade de vida, foi evidenciada uma avaliação positiva da mesma, mostrando que a maioria possuía uma qualidade de vida muito boa (66,2%). Os resultados mostraram melhor escore para o domínio das relações sociais e menor para o domínio meio ambiente.

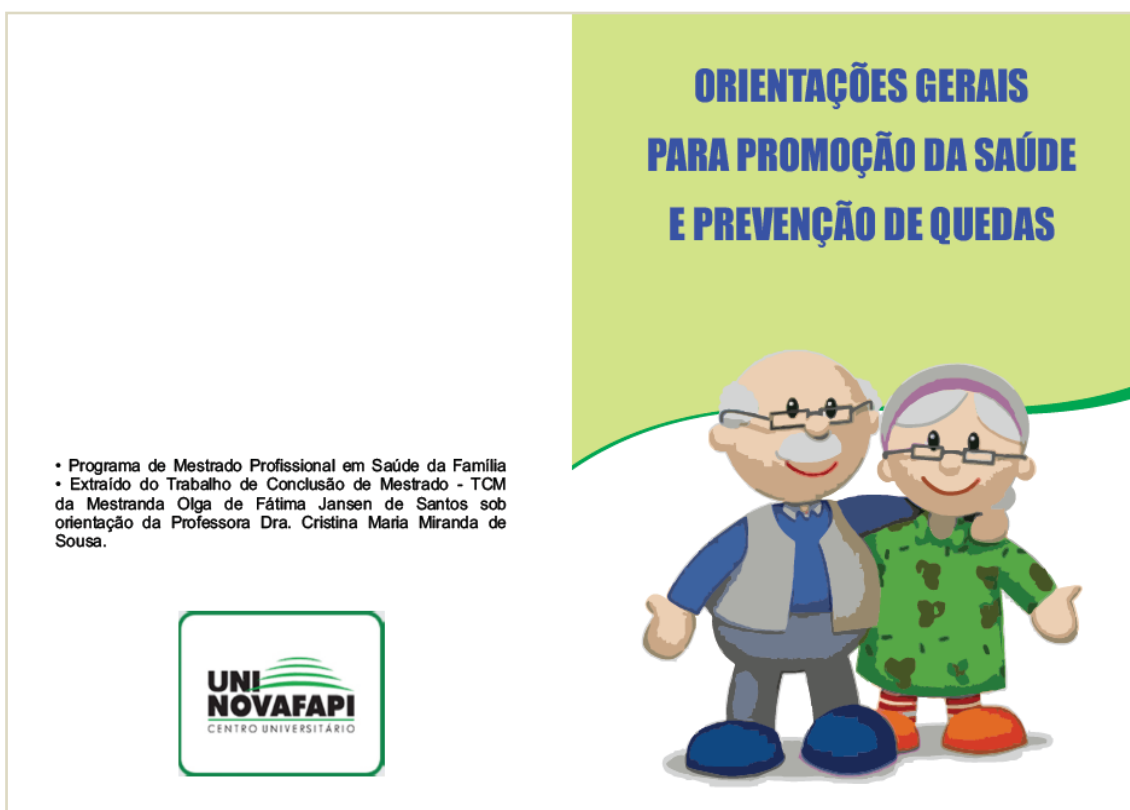
Devido à relevância do estudo da qualidade de vida do idoso, espera-se que a pesquisa possa auxiliar os profissionais de saúde e a população de um modo geral no que se refere à saúde do idoso e ao processo do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 27).
2. Braga MCP. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora. Revista APS, Minas Gerais. 2011 Mar; 14(1): 93-100.
3. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida. Ver psiquiatr Rio Gd Sul. 2009;31(3): 1-12.
4. Paschoal SMP. Qualidade de vida dos idosos: Construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
5. Pereira RJ, Cotta MM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev psiquiatr Rio Grande do Sul. 2006; 28(1): 27-38.
6. Martins GA. Estatística geral e aplicada. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
7. Cruz LN. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
9. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida em idosos. Texto contexto Enfermagem. 21(1), jan-març. 2012: 112-20.
10. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011; 14(1).
11. Sprangers MA, Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, Boer JB, et al. Which Chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? J Clin Epidemiol. 2000 Sep; 53(9): 895-907.
12. Farenzena WP. Qualidade de vida de um grupo de idosos de Veranópolis. Revista Kairós. 2007;10(2):225-243.
13. Aveiro MC, Aciole GG, Driusso P, Oishi J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. Cien Saude Colet. 2011; 16(1):1467-78.

14. Selig GA, Valore LA. Imagens da aposentadoria no discurso de pré-aposentados: subsídios para a orientação profissional. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*. 2010;13(1):73-8.
15. Del Pino ACS. Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista multidisciplinar de gerontología*. 2003; 13(3):188-92.
16. Freire D, Rodrigues J, Cunha T, Costa M, Soares C, Oliveira L, et al. Importância das mudanças sociais para promoção da qualidade de vida na terceira idade.
17. Thome B, Dykes AK, Hallberg IR. Quality of life in old people with and without cancer. *Quality of life Research*. 2004; 13(6):1067-80.
18. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of life Research*. 2004; 13(1):125-36.
19. Gallicchio L, Schillin GC, Miller SR, [Zacur H](#), [Flaws JA](#). Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *J. Psychosom. Res.* 2007; 63(3):263-8.
20. Takemoto AY, Okubo P, Bedendo J, Carreira L. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):256-62.

4.2 Cartilha – Orientações gerais para a promoção da saúde e prevenção de quedas



REFERÊNCIAS

- MOREIRA, A. Acidentes domésticos em idosos, São Paulo, março. 2012. Disponível em <portaldoidosoemcuritiba.com.br> acesso em 14 maio.2013.
- ALVES, Rafael Ávila. Idosos: Como evitar Quedas. Cidadania Evangélica, São Paulo, jun. 2011. Disponível em: <<http://cidadaniaevangelica.blogspot.com.br/>> acesso em 14 maio. 2013
- CARVALHO, M. P. O envelhecimento e seus fatores de risco associados. RBCEH, Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 265-271, maio/ago. 2011
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégias. Qualidade de vida. Brasília-DF, 2006.
- CARVALHO, E. M. R de; et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.7-16, jan. 2010
- São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
- Idoso e Assistência Social – Mitos e Verdades sobre a Velhice e um Guia de Serviços e Benefícios Sociais / coordenadora Sandra Regina Gomes. – São Paulo : SMADS, 2006.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÕES DE QUEDAS

O crescimento da população brasileira tem gerado um impacto social, chamando atenção da sociedade para as políticas públicas voltadas ao idoso.

Envelhecer não é sinônimo de doença, mas é notório na terceira idade a incidência de determinados agravos, como a "queda" que tendem a comprometer a qualidade de vida. Pesquisas tem mostrado que um em cada quatro idosos cai, dentro da própria casa, pelo menos uma vez por ano. É importante alertar aos idosos dos riscos existentes dentro do lar e as medidas preventivas a serem tomadas.

As quedas em idosos ocorrem no domicílio, geralmente de baixa altura e durante atividades cotidianas. Além do risco de fraturas, há perda de confiança para caminhar, temendo uma nova queda, diminuindo assim a sua mobilidade.

Pessoas mais velhas tendem a cair mais. É um evento comum e devastador em idosos. As causas podem estar relacionadas as alterações fisiológicas do envelhecimento e as circunstâncias sociais e ambientais que desafiam a pessoa idosa.

A presente cartilha "ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÕES DE QUEDAS" visa compartilhar informações e orientações sobre o tema, incentivando assim, mudanças de hábitos e atitudes para que possa viver com mais qualidade.

“É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam no envelhecimento saudável e em condições de dignidade”

(Estatuto de Idoso-Cap. 1, art. 9º)

ATENÇÃO!

Caso ocorra algum acidente dentro de casa o melhor a fazer é procurar uma Unidade de Saúde imediatamente.

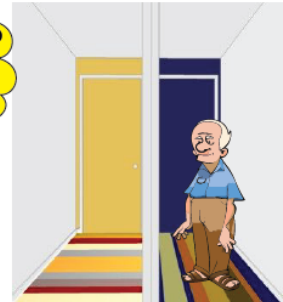
Medidas “caseiras” de socorro devem ser evitadas para não agravar o caso.



**PARTICIPE DE
PROGRAMAS SOCIAIS
NA COMUNIDADE**



**MANTER ILUMINAÇÃO
NO CORREDOR DA
CAMA AO BANHEIRO**



**NUNCA ANDE
SÓ DE MEIAS**



**DURANTE O BANHO
UTILIZE CADEIRAS
DE PLÁSTICO,
CASO SINTA-SE INSTÁVEL**

**INSTALE NA PAREDE
DA BANHEIRA OU BOXE
UM SUPORTE PARA
SABONETES LÍQUIDOS**



**ATENÇÃO COM ANIMAIS
DOMÉSTICOS QUE
PODEM PROVOCAR
QUEDAS.**



**COLOCAR BARRAS
DE APOIO NAS
PAREDES DO BANHEIRO**



**COLOCAR PROTETOR
DE BORRACHA NOS
PÉS DAS CADEIRAS
PARA NÃO ESCORREGAR
AO SENTAR**



**FAZER EXERCÍCIOS
FÍSICOS PARA
FORTALECIMENTO
DA MUSCULATURA**



**USAR SAPATO
COM SOLADO
ANTIDERRAPANTE**



**USAR SEMPRE QUE
NECESSÁRIO BENGALA/ANDADOR
OU OUTRAS PROTEÇÕES QUE
FACILITEM A MARCHA**



**USAR CORRIMÃO
NAS ESCADAS**



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 Floriano-Piauí. Foi possível analisar os diferentes aspectos relacionados à qualidade de vida, tendo como base fundamental os domínios do WHOQOL BREF. Observou-se a predominância de indivíduos do sexo feminino, com idades variando 60 a mais 90 anos. 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.

Com relação à metodologia empregada para a realização da pesquisa com os idosos, esta permitiu o acesso direto às principais dificuldades encontradas na terceira idade, onde observou-se que em sua maioria, o ambiente familiar é um fator importante para a saúde e qualidade de vida. Espera-se que este estudo sirva como apoio para aumento do número de pesquisas com relação ao tema, servindo como conhecimento científico na área.

Espera-se ainda a publicação do conteúdo proposto e resultados alcançados.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C de. **Viver plenamente**. Brasília: Liber Livro, 2005 (Série encantos da maturidade).

ANDRADE, A. N. P.; MARTINS, R. M. L. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. **Millenium**, v. 40, p. 185-199, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010 (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 12).

_____. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 237, 13 dez. 199. Seção I, p. 20-24.

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

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

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES, J. N. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago. 2008.

CANCELA, D. M. G. **O processo de envelhecimento**. 2007. 15f. Monografia (Licenciatura em Psicologia). Universidade de Lusíada do Porto, Portugal, 2007.

CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R da; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família**. São Paulo: Ícone, 2005.

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

FIGUEIREDO, N. M. A de. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Paulo: Yendis Editora, 2006.

FONSECA, A. M. Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 277-289, 2007.

GAVA, A.A; ZANONI, J. N. Envelhecimento celular. **Arq. Ciênc.Saúde Unipar**, v. 9, n. 1, p. 41-47, mar. 2005.

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

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, abr.2009.

LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Revista Saúde Pública**, v.32, n.1, p. 15-23, 2008.

MARTINS, J.de J. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm**, Santa Catarina, v. 22, n.8, p.265-71,jun. 2009.

MARTINS, G. A. **Estatística geral e aplicada**. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

MENDES, M. R. S. S. et al. A situação do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n.4, p.422-426, dez.2005.

PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida dos idosos: Construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico**. 2004.245f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida. In: FILHO, W. J.; AMÁVEL, J. R. G. (Ed.). **Avaliação Global do Idoso**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.59-74.

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 Gd. Sul**. 2006; 28(1): 27-38.

SILVA, T. P. V. **Qualidade vida de idosos da cidade de Rio verde-GO**. 2007. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

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, jun. 2011.

TEIXEIRA, I. N. D.; GUARIENTO, M. G. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Campinas, v. 15, n.6, p. 2845-2857,set.2010.

TEIXEIRA, P. Envelhecendo passo a passo. **Revista de psicologia**. v. 10, n.1, p.1-31, 2006.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em unidade básica de saúde da família.**Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 22, n 1,p. 49-54,fev. 2009.

YUNI, J.A.; URBANO, C. A. Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximacionesal envejecimiento femenino. **Rev. argent. sociol**, v.6, n.10 p.151-169,2008.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev.Bras.Estud. Popul**, São Paulo,v. 23, n.1, p. 5-26,jun. 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. O(a) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Miranda de Sousa e Olga de Fátima Jansen dos Santos. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O(a) senhor(a) poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo. Em caso de recusa não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas-NOVAFAPI, telefone: (86) 2106-0700.

Título do estudo: “QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ”

Pesquisador Responsável: Prof^aDr^a. Cristina Maria Miranda de Sousa

Pesquisador Participante: Olga de Fátima Jansen dos Santos

Instituição/Departamento: Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí-NOVAFAPI

Telefones para contato: (86) 2106-0702 ou (86) 9915-0821

Local da coleta de dados: Domicílios dos idosos residentes no município de Floriano

Prezado(a) Senhor(a), o senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que o(a) senhor(a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. O(a) senhor(a) tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar a qualidade de vida de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionários a serem preenchidos por um dos pesquisadores, respondendo às perguntas formuladas que abordam aspectos relacionados às suas condições socioeconômicas e de qualidade de vida.

Benefícios: Posso não ter benefícios diretos com a participação nesta pesquisa inicialmente, mas de acordo com os resultados obtidos, os profissionais de saúde poderão implantar novas estratégias de avaliação da qualidade de vida, que trará futuramente benefícios aos mesmos.

Riscos: O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco. O(a) senhor(a) não sofrerá constrangimento durante a realização da pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof^a. Dr^a Cristina Maria Miranda de Sousa, que pode ser encontrada na direção da faculdade NOVAFAPI, telefone (86) 2106-0702. Se o senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone (86) 2106-0740.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, identidade número _____, endereço _____, telefone _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ”**, como sujeito da pesquisa assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Declaro ter sido informado que o pesquisador principal é a Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Miranda de Sousa e que a pesquisadora participante é Olga de Fátima Jansen dos Santos. Ficou claro para mim que o propósito da pesquisa é **“QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ”**. Ficaram claros os procedimentos a serem realizados, que consistem em responder a dois questionários. Fui informado de que não serei exposto(a) a riscos durante a participação no estudo. Ficou claro também que minha participação é isenta de qualquer despesa, que minha privacidade está assegurada, que tenho garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo, e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, não acarretando penalidades ou prejuízos.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

1) Quantos anos o(a) senhor(a) tem?anos _____

2) Sexo:Masculino ☐ Feminino ☐

3) O(a) tem companheiro(a)?Sim ☐ Não ☐

4) Com quem o Senhor(a) mora?

Sozinho ☐ Família ☐

5) Até que ano o(a) senhor(a) completou na escola?anos. _____

6) O(a) senhor(a) trabalha ?

Empregado A ☐ ado Dona da Casa ☐ ☐

7) Juntando a renda da família, qual a renda mensal? _____

8) A casa que o(a) senhor(a) mora é sua?Sim ☐ Não ☐

9) Na sua casa possui água tratada?Sim ☐ ☐

10) Na sua casa tem energia elétrica?Sim ☐ ☐

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA

Teresina, 24 de novembro de 2011.

Ilmo (a) Sr (a). **Francisca Tereza Coelho Matos**

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade UNINOVAFAPI

Cara professora,

Envio-lhe o projeto de pesquisa intitulado: “QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA CIDADE DE FLORIANO, PIAUÍ”, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Folha de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa ao CEP, para a apreciação por esse comitê.

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo normativo da Resolução 196/96 do CNS, e de que as normas ali constantes devem ser cumpridas incondicionalmente.

Confirmo também:

- 1- Que esta pesquisa ainda não foi iniciada;
- 2- Que não há participação estrangeira nesta pesquisa;
- 3- Que comunicarei ao CEP-NOVAFAPI os eventos adversos ocorridos com o sujeito de pesquisa;
- 4- Que apresentarei relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-NOVAFAPI;
- 5- Que retirarei por minha conta os pareceres e o certificado junto à secretaria do CEP-NOVAFAPI.

Atenciosamente,

Pesquisadora responsável:

Nome: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Miranda de Sousa

CPF: 241. 214. 623-72

Instituição: NOVAFAPI

Área: Saúde Pública

Coordenação: Prof^a. Dr^a. Maria Eliete Batista Moura

Cristina Maria Miranda de Sousa

Pesquisadora Responsável

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, MAURÍCIO BEZERRA DA SILVA, Secretário Municipal de Saúde de Floriano – PI declaro que a mestrande Olga de Fátima Jansen dos Santos, está autorizada a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa: “**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a Dra. CRISTINA MARIA MIRANDA DE SOUSA, cujo objetivo geral é “Avaliar a qualidade de vida de idosos com idade igual ou superior a sessenta anos cadastrados na Estratégia Saúde da Família”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho nacional de Saúde, de:

- 1- Garantia da confidencialidade para o sujeito da pesquisa;
- 2- Que não haverá riscos para o sujeito da pesquisa;
- 3- Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 4- Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Floriano (PI), ____ de ____ de 2011

Maurício Bezerra da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Floriano-PI

ANEXO C- DECLARAÇÃO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Teresina, 24 de novembro de 2011.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da NOVAFAPI (CEP-UNINOVAFAPI)

Eu CRISTINA MARIA MIRANDA DE SOUSA, pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ”, declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução nº196/96, do CNS
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da Prof^a. Dr^a. CRISTINA MARIA MIRANDA DE SOUSA, da área de saúde pública da NOVAFAPI que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa;
- Não há qualquer acordo restrito à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tomados públicos através de publicações em periódicos e/ou em encontros científicos, que sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP-NOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-NOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o sujeito de pesquisa;
- Esta pesquisa ainda não foi total ou parcialmente realizada;

Cristina Maria Miranda de Sousa (Pesquisador Responsável)

CPF: 241.214.523-72

Olga de Fátima Jansen dos Santos (Pesquisadora Participante)

CPF: 332.039.383-91

ANEXO D - QUESTIONÁRIO WHOQOL-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	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

		Nada	Muito Pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

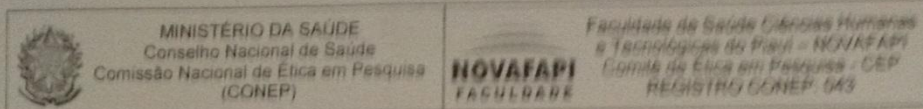
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de	1	2	3	4	5

	desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho ?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meiodetransporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito importante	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos	1	2	3	4	5

	tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
--	--	--	--	--	--	--



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPÍ, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o protocolo de pesquisa:

Título: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FLORIANO, PIAUÍ.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0440.0.043.000-11

Pesquisador Responsável: Cristina Maria Miranda de Sousa

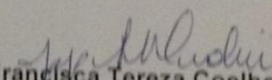
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deverá apresentar ao CEP/NOVAFAPÍ:

RELATÓRIO FINAL EM MARÇO/2013

Os membros do CEP/NOVAFAPÍ não participam do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 09/12/2011

Teresina, 12 de dezembro de 2011.


Francisca Tereza Coelho Matos
 Comitê de Ética em Pesquisa – NOVAFAPÍ
 Coordenadora