

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA KLISSE SILVA ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

PICOS  
2012

ANA KLISSE SILVA ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Laura Maria Feitosa Formiga

PICOS

2012

## FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

A663q Araújo, Ana Klisse Silva.

Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia  
saúde da família / Ana Klisse Silva Araújo. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (69 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade  
Federal do Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Laura Maria Feitosa Formiga

ANA KLISSE SILVA ARAÚJO

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

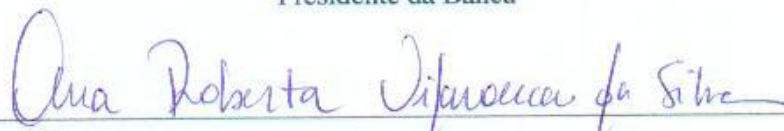
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 29/10/12

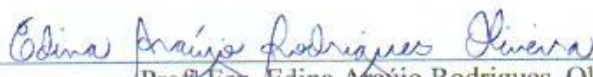
**BANCA EXAMINADORA:**



Prof.<sup>a</sup> Ms. Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora)  
Universidade Federal do Piauí – UFPI/ CSHNB  
Presidente da Banca



Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva  
Universidade Federal do Piauí – UFPI/ CSHNB  
1<sup>a</sup> Examinadora



Prof.<sup>a</sup> Esp. Edina Araújo Rodrigues Oliveira  
Universidade Federal do Piauí – UFPI/ CSHNB  
2<sup>a</sup> Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos pais *Clenealdo e Dalva* por serem exemplo de vida. Obrigada por todos os ensinamentos, confiança, amor e cuidado. Essa vitória é de vocês e por vocês.

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS** pelo dom da vida, por me fortalecer diante dos obstáculos concebendo-me coragem, por todas as coisas boas que vivi e por ter chegado até aqui.

Aos meus amados pais **Clenealdo Rodrigues de Sousa Araújo** e **Maria Dalva Silva** pela dedicação, esforço e amor.

As minhas lindas irmãs **Kléssia** e **Ceicinha** por todas as alegrias, carinho e apoio.

Aos meus queridos **avós** paternos e maternos pelo apoio.

A minha tia **Maria do Carmo e Silva Gomes** (tia caca) pela tranquilidade transmitida e todas as boas palavras.

A toda minha **família** pela confiança.

A **Universidade Federal do Piauí – UFPI** pela oportunidade de me tornar Bacharel em Enfermagem.

A todos os **Mestres** pelos conhecimentos repassados. Em especial, a minha Orientadora **Laura Maria Feitosa Formiga**, pelos ensinamentos compartilhados, dedicação, paciência e competência durante a realização deste estudo.

As minhas amigas da universidade que foram presentes dados por Deus para toda vida, **Thamires Holanda, Jéssica Marreiros, Juliana Carvalho, Laís Evêncio e Annyele Moura**. Obrigada por todos os conhecimentos trocados, conversas, fofocas e gargalhadas. Amo vocês!

Os meus amigos-irmãos que ganhei durante o curso **Rubenildo Carvalho, Kainã Mendes, Luis Fernando** e **João Egídio** pela amizade. Agradeço também ao **Gleison Resende** pela ajuda.

Aos meus companheiros de apartamento *Annyele Moura*, *Carlos Henrique* (neném) e *Thamires Holanda*, pela amizade, companheirismo e diversão durante os dias compartilhados.

As minhas amigas do condomínio Indira Gandhi, *Andréia Ferreira*, *Leila Ramos* e *Carla Joanita* pelas horas de descontração, festas e amizade. Em especial, a *Sheilla Ramos* por tudo isso e pela ajuda na produção deste trabalho.

Aos *idosos* que aceitaram participar desta pesquisa.

Aos *Enfermeiros* da Estratégia Saúde da Família do município de São Julião, pelo apoio durante a coleta de dados.

Muito obrigada!

*É graça divina começar bem. Graça maior persistir na caminhada certa. Mas graça das graças é não desistir nunca.*

**Dom Hélder Câmara**



## RESUMO

Nos últimos anos, a população de idosos aumentou consideravelmente em decorrência de uma expectativa de vida cada vez mais elevada. Mudanças como o controle de doenças infecciosas, instalações sanitárias, mais acesso aos serviços de saúde, novas tecnologias e um maior desenvolvimento econômico são fatores que contribuem para o crescimento populacional da terceira idade associado a uma melhor Qualidade de Vida dessa população. Assim, o presente estudo objetivou conhecer a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de cunho transversal, com abordagem quantitativa, realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012, com uma amostra de 120 idosos de ambos os sexos, em duas Unidades de Saúde da Família. Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, um para caracterização sócio-econômica e demográfica e o WHOQOL-BREF da Organização Mundial de Saúde para avaliar a qualidade de vida. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel e analisados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 0447.0.045.000-11. Os resultados da pesquisa mostraram que a faixa etária predominante foi entre 60 a 65 anos (54,9%), são em sua maioria do sexo feminino (76,7%), com baixo nível de instrução (38,3%), casados (60,8%), aposentados que já deixaram de trabalhar (59,2%) e que moram com a família (73,3%) ou apenas com o cônjuge/companheiro (17,5%). Na avaliação da qualidade de vida, o domínio que mais se destacou foi o domínio relações sociais obtendo 90,0% das respostas no escore acima do escore de referência. Logo após o domínio físico com porcentagens superior a 48,3% no escore acima do escore considerado de referência. Os domínios psicológico e meio ambiente obtiveram resultados imparciais. Porém no domínio meio ambiente, os participantes mostraram-se imparciais em alguns questionamentos, obtendo até 50,0% das respostas no escore de referência. Os dados da pesquisa mostraram que a população estudada possui melhor Qualidade de Vida e satisfação em relação a questões sociais, relações pessoais e quanto a sua capacidade física. Ao mesmo tempo em que os domínios que alcançaram menores avaliações de Qualidade de Vida mostraram-se imparciais ou pouco satisfeitos quanto a questionamentos psicológicos em relação à vida, satisfação pessoal, sentimentos negativos, como também, a questionamentos sobre lazer, serviços de saúde, recursos financeiros, meio de transporte e ambiente físico. Portanto, mediante os achados da pesquisa, conclui-se que a população estudada possui em geral uma Qualidade de Vida média boa. Assim sendo, cabe ressaltar a importância do profissional enfermeiro dentro da ESF, uma vez que lida diretamente com idosos através de atividades desenvolvidas, garantindo a Qualidade de Vida já possuída e proporcionando melhorias nas questões necessárias.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Saúde do Idoso. Saúde da Família.

## ABSTRACT

In the last years, the elderly population has increased considerably as a result of an expected life each time highest. Changes such as infectious disease control, sanitation facilities, more access to health services, new technologies and greater economic development are factors that contribute to the growth of the elderly population associated with a better quality of life for this population. Thus, the present study aimed to know the quality of life of elderly enrolled in the Family Health Strategy. It is an exploratory and descriptive research of cross-sectional quantitative approach, performed between August 2011 to June 2012, with a sample of 120 elderly of both sexes, in two Family Health Units. For data collection it was used two instruments, one for socio-economic and demographic WHOQOL-BREF the World Health Organization to assess the quality of life. Data were tabulated using Microsoft Office Excel and analyzed in SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) version 17.0. The project was submitted and approved by the Ethics Committee and Research of the Federal University of Piauí with a Certificate of Appreciation for Ethics Presentation: 0447.0.045.000-11. The survey results showed that the predominant age group was between 60 and 65 years (54.9%), are mostly female (76.7%), with low level of education (38.3%), married (60.8%), retired who have left to work (59.2%) and living with family (73.3%) or only with their spouse / partner (17.5%). In evaluating the quality of life, the domain that more detached was the social relationships domain obtaining 90.0% of the answers in the score above the reference score. After the physical domain with percentages greater than 48.3% in the score above the score considered reference. The psychological and environment the results were impartial. But in the field environment, the participants were impartial in some questions, getting to 50.0% answers of the reference score. The survey data showed that the population has better the Quality of Life and satisfaction in relation social issues, personal relationships and as your fitness. While the domain that have achieved smaller ratings of quality of life showed up as impartial or little satisfied with psychological questions about life, personal satisfaction, negative feelings, but also the questions about leisure, health services, resources financial, transportation and physical environment. Therefore, through research findings, it is concluded that the studied population has in general a Quality of Life good average. So, it is worth noting the importance of the professional nurse in the FHT, since it deals directly with seniors through activities, ensuring the Quality of Life already possessed and providing improvements in necessary questions

**Keywords:** Quality of Life. Elderly Health. Family Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição das variáveis sócio-econômicas e demográficas em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. São Julião-PI, Jan./Mar.,2012.....	27
---	----

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Distribuição das questões de Qualidade de Vida Geral do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI. Jan/Mar., 2012..... 30
- Quadro 2** - Análise das questões referente ao Domínio Físico do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI. Jan/Mar., 2012..... 32
- Quadro 3** - Distribuição das questões referente ao Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012..... 35
- Quadro 4** - Identificação das questões referente ao Domínio Relações Sociais do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI. Jan/Mar., 2012..... 37
- Quadro 5** - Distribuição das questões referente ao Domínio Meio Ambiente do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI. Jan/Mar., 2012..... 38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CAAE**

**ESF** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

**GAMIA** Estratégia Saúde da Família

**IBGE** Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial

**MG** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**NOAS** Minas Gerais

**OMS** Norma Operacional de Assistência a Saúde

**PB** Organização Mundial de Saúde

**PI** Paraíba

**PSF** Piauí

**PNSPI** Programa Saúde da Família

**QV** Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

**RS** Qualidade de Vida

**SP** Rio Grande do Sul

**SPSS** São Paulo

**SUS** Statitital Package for the Social Sciences

**TCC** Sistema Único de Saúde

**TCLE** Trabalho de Conclusão de Curso

**UFPI** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**WHOQOL** Universidade Federal do Piauí

World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Geral.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Específicos.....</b>	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Qualidade de Vida (QV): Aspectos Gerais .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Atenção a Saúde do Idoso.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Assistência ao Idoso na ESF .....</b>	<b>21</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Cenário e Período de Realização do Estudo .....</b>	<b>23</b>
<b>4.3 População e Amostra .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Coleta de Dados .....</b>	<b>24</b>
<b>4.5 Análise e Interpretação dos Dados .....</b>	<b>26</b>
<b>4.6 Aspectos Éticos e Legais .....</b>	<b>26</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Dados Socioeconômicos e Demográficos .....</b>	<b>28</b>
<b>5.2 Avaliação da Qualidade de Vida de Idosos Cadastrados na ESF .....</b>	<b>31</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a população de idosos aumentou consideravelmente em decorrência de uma expectativa de vida cada vez mais elevada. Mudanças como o controle de doenças infecciosas, instalações sanitárias, mais acesso aos serviços de saúde, novas tecnologias e um maior desenvolvimento econômico são fatores que contribuem para o crescimento populacional da terceira idade associado a uma melhor Qualidade de Vida (QV) dessa população.

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2006).

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de (223 %), ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo (80%) nos países em desenvolvimento (OPAS, 2005).

De acordo com Torres et al. (2010), o conceito de QV está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal abrangendo uma série de aspectos, tais como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais e éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente em que se vive, sendo mensurada através dos instrumentos mais adequados para sua avaliação.

Os instrumentos de mensuração da QV relacionada à saúde tendem a manter o caráter multidimensional e avaliam ainda a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente recaia sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

No Brasil, vem crescendo o interesse pelo tema no campo da saúde, já que o número de idosos vem aumentando substantivamente, considerando que essa população passou de (5,1%) em 1970, para (8,6%) em 2000, e hoje alcança (10%) da população. No ano

2020, teremos aproximadamente 31,8 milhões de habitantes com mais de 60 anos (PEREIRA et al., 2006).

Tendo em vista a inversão da pirâmide etária e os fatores determinantes para o aumento do número de idosos, despertou o interesse em estudar a QV da população idosa de um município piauiense, por meio de práticas voluntárias desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) do mesmo, no período de janeiro a março de 2011, uma vez que para se alcançar uma vida longa e ativa, o envelhecimento deve ser acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança.

O envelhecimento da população desperta no profissional enfermeiro a necessidade de planejar uma assistência que proporcione um atendimento qualificado e humanizado, com orientações pertinentes à prevenção de agravos posteriores a fim de atender de maneira eficaz as demandas que surgem com o processo de envelhecer e assim assegurar melhorias na QV da população da terceira idade.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

- Conhecer a qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

### **2.2 Específicos:**

- Traçar o perfil sócio-econômico e demográfico de idosos cadastrados na ESF;
- Analisar os domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida desses idosos;
- Verificar o grau de qualidade de vida nos idosos cadastrados.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Qualidade de vida (QV): Aspectos gerais

Vários estudos no Brasil e no mundo discutem o conceito de QV, termo esse que, por muitas vezes, é confundido com estilo ou condições de vida. Apesar das inúmeras discussões sobre o conceito dessa palavra, sua definição ainda não é constante. Para entender o que é QV, deve diferenciá-la do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e social. Para determinar o estado de saúde de uma pessoa, o fator mais importante a ser observado é a função física, e para caracterizar a QV, é preciso considerar também sua saúde mental e seu bem-estar psicológico, social e ambiental (PIMENTA et al., 2008).

Segundo Teixeira e Neri (2008), as definições de envelhecimento saudável, ativo, robusto e bem-sucedido, não encontram sustentação nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério. O processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, decisivos e modificadores da saúde.

Já para OPAS (2005), envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QV à medida que as pessoas vão envelhecendo. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

Além disso, para Januário et al. (2011), é importante enfatizar que a velhice, mais do que as outras faixas etárias, é um período da vida em que a variedade está muito presente. O estilo de vida adotado, a prática de exercícios sistematizados, as condições de vida de cada um, além do nível socioeconômico e cultural, fazem com que os indivíduos envelheçam em melhores condições, propiciando-lhes não só a percepção de uma melhor QV, mas também permitindo, de forma contundente, que ela realmente exista.

De acordo com Paskulin et al. (2010), o grupo *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL-BREF) definiu QV tendo por base a percepção do indivíduo de sua posição na vida. O conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) além de demonstrar a preocupação com o aspecto subjetivo da QV relaciona aspectos individuais aos contextos cultural, social e ambiental em que as pessoas estão inseridas.

Um estudo realizado no ano de 2006 onde foi utilizado o WHOQOL-BREF teve como resultado o domínio social fornecendo pequena contribuição (0,4%) para a QV, porém, não significativa. O domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e do psicológico (1,3%) (PEREIRA et al., 2006).

Para Faller et al. (2010), a participação social se restringe com o passar da idade, dado evidenciado especialmente quando os idosos ultrapassam os 80 anos, pois nesta fase as limitações próprias do processo de envelhecimento estão presentes de forma mais contundente, fazendo com que eles permaneçam maior tempo junto à família. Contudo, é interessante observar, que as mulheres se destacam na participação social, o que demonstra que elas estão mais abertas e disponíveis para um maior envolvimento em atividades fora do domicílio, na comunidade, em grupos de convivência, espaços em que a participação feminina é significativamente maior.

Entretanto, no estudo de Braga et al. (2011), do tipo observacional, de corte transversal, tendo amostra pela técnica de conveniência de 133 idosos acima de 60 anos e em que também foi utilizada a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de QV da OMS, o WHOQOL-BREF, obteve como resultado os níveis de satisfação com a QV para os domínios físico, psicológico e ambiental médios, enquanto o social apresentou nível de satisfação alto.

Assim como, um estudo realizado com 83 idosos participantes do Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial – GAMIA, localizado em São Paulo, onde a QV foi mensurada no início e ao término do programa, a análise global dos dados mostrou uma redução no domínio físico do WHOQOL-BREF e elevação dos domínios psicológicos e ambiental, detectando-se tendência de elevação nos domínios social e geral (TAMAI, 2010).

Em um estudo realizado com o método amostral de conveniência apenas com pessoas do sexo feminino participaram 103 idosas, que responderam a um questionário composto por quatro questões abertas que investigavam sobre a percepção subjetiva de QV, obteve como resultado uma associação entre QV e afetos positivos, saúde e independência. Os fatores apontados como importantes para QV foram afetos positivos, saúde e boas condições financeiras. Prejudicando a mesma, os problemas de saúde e familiares. Como melhorias para a QV relataram ter mais saúde, lazer e menos problemas familiares (IRIGARAY; TRENTINI, 2009).

Contudo, um estudo transversal, comparativo cujo objetivo foi avaliar a QV de idosos que realizavam trabalho voluntário, comparando a idosos que não o realizava, sugere o trabalho voluntário como mecanismo de promoção da QV, e que pode ser estimulado pelos

profissionais de saúde. Aplicou-se o questionário padronizado pela OMS em um grupo de 166 idosos que realizavam trabalho voluntário e a outros 33 que não realizavam. Os resultados revelaram a predominância de mulheres, sem companheiro e com alta escolaridade. Quando comparados as pontuações de QV entre os grupos, não houve diferença estatística nos domínios físico e meio ambiente. Nos domínios psicológico e social os idosos voluntários apresentaram pontuações superiores (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2011).

De acordo com Melo et al. (2009), um aspecto relevante é a educação em saúde como agente promotor da QV a fim de atingir ações e condições conducentes à saúde do idoso no contexto brasileiro. No seu estudo, verificou-se que o trabalho educacional tem como desafio a integração de conhecimentos dispersos das áreas humanas e biológicas aos saberes populares, pressupondo novas interconexões de atuação no modelo de assistência à saúde.

Para Alves e Vianna (2010), as ações educativas, as práticas sociais, a experiência direta e a ação individual fazem parte de um sistema que se manifesta sobre uma linha de tempo e que influencia os indivíduos, os grupos sociais e as instituições. São necessárias estratégias educativas para que se rompa esse sistema. Uma atitude pode influenciar a formação de novas crenças e os preconceitos podem ser justificados pelas crenças sobre o objeto, as quais, por sua vez, influenciarão a formação de atitudes.

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

### **3.2 Atenção a saúde do idoso**

O processo de envelhecimento, por sua vez, pode ser definido a partir de alterações no organismo, demonstradas de forma variável e individual. Também pode ser caracterizado como um processo universal, dinâmico, progressivo e irreversível, no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais, acompanhado por alterações significativas na composição, estrutura e fisiologia dos sistemas orgânicos e do indivíduo como um todo. Esse processo ainda pode ser acompanhado e marcado por mudanças na composição familiar e doméstica, como a viuvez e problemas de ordem econômica, como aposentadorias insatisfatórias, que, somadas a outros fatores psicossociais como solidão e

baixa autoestima, ocasionam mudanças no estado de saúde de cada pessoa idosa (MEIRELES et al., 2007).

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

Dentre elas, a PNSPI, Portaria GM n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção básica, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde em três eixos: o Pacto em Defesa SUS, o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida definiu seis prioridades, sendo a inicial a saúde do idoso, com as diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação dos serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a PNSPI para trabalhadores de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (SANTOS et al., 2008).

A implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma das ações estratégicas do pacto contendo informações importantes sobre a saúde do idoso, o que possibilita um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

A caderneta de saúde da Pessoa Idosa foi criada em 2007 e desde então entregue às secretarias estaduais e municipais de saúde. Até o final de 2010 foram distribuídos na rede pública 13 mil livretos em todo o país. Em posse dela, o idoso tem registrado informações importantes sobre sua saúde, tais como controle de peso, glicemia e medicações utilizadas. Sua implantação ocorreu inicialmente a partir das equipes da ESF, sendo acompanhada por

um manual de orientação, voltado para os profissionais de saúde para o correto preenchimento e manuseio (BRASIL, 2011).

O Estatuto do Idoso, criado pela Lei N.º 10.741, de 1.º de outubro 2003, representa um avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas (BRASIL, 2009).

Neste contexto, para Rodrigues et al. (2007), a enfermagem, em virtude de sua competência, é uma profissão que requer esforços para prolongar a vida do ser humano, colaborando com o aumento da expectativa de vida. Porém, esta vida precisa de condições adequadas e de qualidade. Desse modo, não pode haver políticas públicas e sociais efetivas sem referência aos direitos humanos. Como cidadão e profissional, quando o enfermeiro participa ativamente da elaboração dessas políticas, pode contribuir tanto para o pleno exercício da cidadania do idoso, quanto para a diminuição da exclusão na velhice.

### **3.3 Assistência ao idoso na Estratégia Saúde da Família**

O Ministério de Saúde na tentativa de operacionalizar um modelo técnico-assistencial pautado nos princípios do SUS propõe, em 1994, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorganização da produção de cuidados de saúde, que tem como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde focada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Entretanto, de acordo com Araújo e Barbosa (2010), apesar dos avanços das políticas públicas de saúde, ainda estão presentes nos serviços de atenção básica dificuldades nas relações entre profissionais e usuário, limitações, em especial no atendimento ao idoso, falta de resolutividade no sistema de referência e contra-referência, entre outros. Portanto, é função das políticas de saúde contribuir com a população para um envelhecimento ativo e saudável.

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

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

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

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

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo transversal de cunho exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa (permitindo a utilização de instrumentos que podem assegurar a confiabilidade dos achados, com a quantificação dos dados). Foi desempenhada uma pesquisa de campo, em que o pesquisador realizou a coleta de dados diretamente no local onde ocorrem.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis. No entanto, o exploratório tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses. O estudo transversal é aquele em que o pesquisador coleta os dados do experimento num único instante no tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado (GIL, 2010)

### **4.2 Cenário e período de realização do estudo**

O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2011 a junho de 2012, em duas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de São Julião – PI, localizado a 382 km de distância da capital Teresina e a 80 km da cidade de Picos – PI. O município conta com 400 km de estradas vicinais, ligando a vários municípios como: Alagoinhas do Piauí, Pio IX, Fronteiras, Vila Nova do Piauí e Alegrete do Piauí.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), a população local é de aproximadamente 5.675 habitantes. Possui uma área de unidade territorial (km<sup>2</sup>) de 257,190 e é conhecida como terra da cal e do cobre, sua principal fonte de economia. Cidade pequena, porém costuma atrair grande quantidade de pessoas no mês de dezembro em decorrência dos festejos da padroeira do município Nossa Senhora da Conceição.

No município existem quatro estabelecimentos de saúde financiados exclusivamente pelo SUS, possui três equipes de saúde da família, duas localizadas na zona urbana e uma na zona rural, além de um Hospital Municipal.



A escolha da realização do estudo na ESF da cidade de São Julião – PI ocorreu através de práticas voluntárias realizadas nas mesmas no período de janeiro a março de 2011.

### 4.3 População e amostra

A população desta pesquisa foi constituída por 120 idosos de ambos os sexos, cadastrados em duas Unidades Saúde da Família da zona urbana do município de São Julião – PI. Sendo a amostra igual à população total.

Como critérios de inclusão foram definidos:

- Ser cadastrado na ESF da zona urbana do município de São Julião – PI;
- Aceitar participar das etapas da pesquisa;
- Ter idade igual ou acima de 60 anos.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Estar acamado;
- Ser portador de transtorno mental.

### 4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2012 nas duas unidades em horários escolhidos por conveniência, previamente estabelecidos por contato com os enfermeiros das equipes, após a consulta de enfermagem. Primeiramente, foi utilizado um formulário com o propósito de armazenar dados da população investigada como: idade, sexo, estado civil, data de nascimento, nível de escolaridade, trabalho e moradia (APÊNDICE A). Posteriormente, foi utilizado o instrumento *World Health Organization Quality Of Life - (WHOQOL-BREF)* (ANEXO A), validado pela OMS, prático e auto-aplicável, porém, devido à dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo, optou-se pela entrevista realizada pelo próprio pesquisador. O WHOQOL-BREF é uma versão abreviada de um instrumento maior, o WHOQOL-100 que é composto por 100 questões. Este instrumento foi criado pela OMS e sua versão em português foi desenvolvida no Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (FLECK *et al.*, 2000).

Existe uma tabela composta por 24 facetas (ANEXO B) que norteiam as questões do instrumento em sua versão completa (WHOQOL-100). Cada faceta dá origem a 4 questões para avaliação da QV, além das questões de QV geral que não se enquadram nas facetas.

Na versão abreviada existem 26 questões, sendo duas questões de QV geral e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento maior. Destarte, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão. As 24 facetas são distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (ANEXO B).

O domínio físico é composto por 07 facetas que dão origem a 07 perguntas e estão relacionadas à dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

No domínio psicológico possui 06 facetas e conseqüentemente 06 questionamentos relacionados a sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade/ religião e/ou crenças pessoais.

O domínio relações sociais engloba 03 facetas representadas por 03 questões relacionadas a relações pessoais; suporte social e atividade sexual.

O domínio meio ambiente enquadra 08 facetas que originam 08 questões sobre segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação e lazer; ambiente físico e transporte.

Para avaliar a QV da população do estudo, as questões foram divididas de acordo com os respectivos domínios para facilitar os cálculos e a interpretação: Domínio Físico (questões: 03, 04, 10, 15, 16, 17 e 18); Domínio Psicológico (questões: 05, 06, 07, 11, 19 e 26); Domínio Relações Sociais (questões: 20, 21, 22) e Domínio Meio Ambiente (questões: 08, 09, 12, 13, 14, 23, 24 e 25); além de duas questões de qualidade de vida geral (01 e 02), que foram calculadas em conjunto, independente dos domínios. Vale lembrar que cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 é representada por apenas uma questão na versão abreviada e que cada questão possui pontuação de um a cinco. Em contrapartida, para as questões 03, 04 e 26, os escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 (FLECK et al., 2000).

É importante ressaltar que os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que QV é um construto multidimensional. Desta forma, as respostas podem variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é a avaliação do domínio de qualidade de vida (ZANEI, 2006), exceto para as questões 03, 04 e 26, que quanto menor a pontuação, melhor para avaliação de qualidade de vida do domínio, levando

em consideração Fleck et al. (2000). Os escores das respostas do WHOQOL-BREF constituem-se numa escala diretamente proporcional a QV, ou seja, quanto maior os escores, maior a QV. Assim, para avaliação considerou-se como referência o número/escore três como sendo uma qualidade de vida média, “*nem ruim, nem boa*”.

#### **4.5 Análise e interpretação dos dados**

Os dados encontrados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 17.0 por meio de estatística descritiva. A apresentação dos achados foi feita por meio de tabelas e quadros ilustrativos e analisados com base na literatura específica.

#### **4.6 Aspectos éticos e legais**

A proposta da pesquisa que deu origem a este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0447.0.045.000-11 (ANEXO C).

A aplicação do instrumento de coleta de dados foi efetivada seguindo as orientações da Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução, além de dispor sobre os aspectos éticos aos quais a pesquisa deve obedecer, expõe os requisitos que devem ser preenchidos ao construir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

A presente resolução adota no seu âmbito as seguintes definições:

Pesquisa envolvendo seres humanos: pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

Consentimento livre e esclarecido: anuência do sujeito de pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, depois de previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

Todos os sujeitos envolvidos, neste estudo, foram devidamente esclarecidos quanto aos objetivos e implicações de sua participação, sendo-lhes garantido o sigilo e o anonimato. Ao aceitarem participar desta pesquisa, tiveram que assinar o TCLE, pois o respeito à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 120 idosos, onde todos concordaram devidamente com a entrevista, respondendo todas as questões dos instrumentos utilizados.

No estudo em questão são apresentados e analisados dados socioeconômicos e demográficos, assim como, dados da aplicação da escala de aferição da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), sendo elucidadas questões referentes à qualidade de vida geral, ao domínio físico, psicológico, relações sociais e de meio ambiente.

Para facilitar a compreensão dos dados, optou-se por dividir a apresentação e discussão dos resultados em etapas. Inicialmente, para compreender quem são os idosos participantes desse estudo será apresentado o instrumento que caracteriza o perfil socioeconômico e demográfico dos mesmos. Posteriormente, será apresentada e discutida a avaliação da QV através da escala (WHOQOL-BREF).

### 5.1 Dados socioeconômicos e demográficos

A tabela abaixo representa o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes da pesquisa de acordo com a faixa-etária, sexo, escolaridade, estado civil, trabalho/ocupação e moradia.

**Tabela 1** – Distribuição da população do estudo com relação às variáveis de caracterização: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, com quem mora e quantas pessoas moram na casa. São Julião, 2012. n=120

<b>Variáveis Socioe-conômicas e Demográficas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
60 – 65	66	54,9
66 – 70	29	24,1
71 – 75	9	7,5
76 – 80	8	6,8
>80	8	6,7
Total	120	100
<b>Sexo</b>		
Feminino	92	76,7
Masculino	28	23,3
Total	120	100
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	20	16,7
Ensino Fundamental Incompleto	46	38,3
Ensino Fundamental Completo	18	15,0

**Tabela 1** – Distribuição da população do estudo com relação às variáveis de caracterização: faixa etária, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, com quem mora e quantas pessoas moram na casa.

Ensino Superior Incompleto	2	1,7
Ensino Superior Completo	10	8,3
Total	120	100
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	73	60,8
Divorciado (a)/ Separado (a)	14	11,7
União Estável	1	0,8
Viúvo (a)	32	26,7
Total	120	100
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	20	16,7
Aposentado (a) e deixou de trabalhar	71	59,2
Aposentado (a), mas trabalha	18	15,0
Trabalha por conta própria	7	5,8
Pensionista	4	3,3
Total	120	100
<b>Com Quem Mora</b>		
Sozinho (a)	11	9,2
Apenas com conjugue/ companheiro	21	17,5
Com a família	88	73,3
Outros	0	0,0
Total	120	100
<b>Quantas Pessoas Moram na Sua Casa</b>		
Duas	21	17,5
Três	37	30,9
Quatro	27	22,5
Cinco	18	14,9
Seis ou mais	6	5,0
Mora sozinho (a)	11	9,2
Total	120	100

De acordo com a análise da tabela 1, observa-se que a faixa etária predominante na amostra estudada corresponde aos idosos de idade compreendida entre 60 a 65 anos com (54,9%), seguida da faixa etária 66 a 70 anos com (24,1%), 71 a 75 anos apresentou (7,5%) da amostra, 76 a 80 anos com (6,8%) e por último, os idosos acima de 80 anos representados por (6,7%).

Quanto ao gênero, encontrou-se predominância do sexo feminino (76,7%) em detrimento do masculino com apenas (23,3%), evidenciando uma maior participação feminina na pesquisa.

O mesmo pode-se observar no estudo de Faller et al. (2010), onde dos 192 idosos em estudo, (51,0%) eram do sexo feminino, com predominância de idade na faixa etária de 60 a 69 anos (50,2%). Um fator que pode ter contribuído para a predominância desta faixa etária é que os idosos mais velhos têm uma probabilidade maior de apresentarem doenças mais debilitantes que os impeçam de frequentar as ESF.

No que se refere ao nível de escolaridade, nota-se que (38,3%) possuem o ensino fundamental incompleto.

Proporção semelhante é notada no estudo de Pereira et al. (2011), em que (71,1%) dos idosos estudados eram analfabetos funcionais, ou seja, possuem menos de quatro anos de estudo formal, enquanto apenas (28,9%) eram considerados alfabetizados. Seu estudo teve como objetivo, avaliar as condições socio sanitárias e o impacto delas na qualidade de vida de idosos residentes no município de Teixeiras (MG), na região Sudeste do Brasil.

Quanto ao estado civil houve maior participação de idosos casados (60,8%), (26,7%) viúvos, (11,7%) divorciados e apenas (0,8%) dos participantes da pesquisa referiu morar junto. Em harmonia com o presente estudo, a pesquisa de Corso et al. (2009), desenvolvida na ESF no município de Porto Alegre (RS), mostra que dos 95 indivíduos estudados, (67,0%) possuíam companheiro.

Em alusão ao trabalho ou ocupação da população estudada, (59,2%) já são aposentados, (16,8%) idosos do sexo feminino afirmaram serem donas de casa, (15,0%) são aposentados, porém ainda realizam algum tipo de trabalho como fonte de renda, (5,8%) trabalham por conta própria, e (3,3%) são pensionistas.

Em consonância com esses dados, Alvarenga et al. (2009), relata que a aposentadoria envolve uma série de situações críticas, interligadas entre si e que interferem na QV do idoso podendo ser vista como benefício para uns por promover uma reorganização da vida, já para outros se torna prejudicial afetando sua estrutura psíquica. Tendo em vista estes aspectos, a compreensão de como o idoso vivencia o seu processo de aposentadoria pode contribuir para atuação dos profissionais de saúde que trabalham com esta população aproximando-os de sua realidade.

Em termos de arranjo familiar, o maior número de idosos entrevistados mora com a família, correspondendo (73,3%).

Semelhante ao presente estudo, a pesquisa de Ferreira et al. (2010), realizada com idosos da ESF em João Pessoa – PB, demonstra que dos 100 idosos participantes de idade entre 60 e 93 anos a maioria conviviam na comunidade, com o cônjuge e/ou parentes próximos (75,0%). Ou seja, eram idosos não-institucionalizados e funcionalmente

independentes. A presença do companheiro também corrobora com a pesquisa de Corso et al. (2009).

No que diz respeito à quantidade de pessoas que residem na mesma casa, a maioria das respostas (30,9%), relatam que residem três pessoas ao todo.

As pessoas que convivem com idosos, como familiares ou apenas o cônjuge/companheiro representam acompanhantes, cuidadores, alguém para auxiliá-los durante o dia-a-dia como, por exemplo, diante das dificuldades na realização das atividades de vida diária. Para os idosos do estudo em questão, morar com a família e o conforto domiciliar podem ser interpretados simplesmente como sensação de bem-estar e segurança.

## 5.2 Avaliação da qualidade de vida de idosos cadastrados na ESF

Para exposição da QV através da escala de aferição (WHOQOL-BREF), julgou-se oportuna a apresentação da distribuição das respostas aos itens, por domínios, objetivando uma análise das respostas dos idosos mais detalhada em relação às questões que compreendem cada domínio.

Os dados apresentados na sequência foram sistematizados em quadros, segundo a frequência absoluta (n) e o percentual (%), sendo analisados mediante estatística descritiva. A seguir, será apresentado o Quadro 1, que se refere aos dados da avaliação da QV geral.

**Quadro 1** – Distribuição das questões de Qualidade de Vida Geral do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012. n=120

<b>QUALIDADE DE VIDA GERAL</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>T</b>
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	<b>N</b>	0	5	42	66	7	120
	<b>%</b>	0	4,2	35,0	55,0	5,8	100
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?		<b>1*</b>	<b>2*</b>	<b>3*</b>	<b>4*</b>	<b>5*</b>	<b>T</b>
	<b>N</b>	0	11	21	84	4	120
	<b>%</b>	0	9,2	17,5	70,0	3,3	100

1= muito ruim; 2= ruim; 3=nem ruim nem boa; 4=boa; 5= muito boa; 1\*= muito insatisfeito; 2\*= insatisfeito; 3\*= nem satisfeito nem insatisfeito; 4\*= satisfeito; 5\*= muito satisfeito; T= Total. Fonte: Coleta de dados realizada nos meses de janeiro a março de 2012, em São Julião – PI.



Para avaliação da QV geral foram utilizadas as seguintes perguntas: “como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com a sua saúde?”. Quanto à avaliação (questão 1), (55%) avaliaram como “boa”, (35%) como sendo “nem ruim nem boa”, (5,8%) responderam “muito boa” e apenas (4,2%) avaliaram como “ruim”. Quanto ao nível de satisfação (questão 2), (70%) dos idosos participantes estão “satisfeito” com sua saúde, (17,5%) estão “nem satisfeito nem insatisfeito”, (9,2%) “insatisfeito” e (3,3%) “muito satisfeito”. Dessa forma, tendo como referência para QV o escore 3, a maioria dos idosos avaliou sua qualidade de vida geral como “boa” e quanto à satisfação, estão “satisfeitos”.

Os níveis de avaliação da qualidade de vida e de satisfação com a saúde podem estar diretamente relacionados com as condições de moradia, instalações sanitárias, conforto domiciliar, ocupação e pequena quantidade de pessoas na mesma residência. Partindo da interpretação de que para eles, isso representa bem-estar e boa qualidade de vida.

Relacionado à satisfação, um estudo realizado em Botucatu-SP encontrou resultados semelhantes, demonstrando que os idosos consideraram a saúde como elemento mais importante para QV e sua falta como maior motivo de infelicidade. Nesse caso, os autores associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre outros, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Sobre avaliação dos domínios de QV do instrumento WHOQOL-BREF, todos se correlacionaram positivamente em relação à QV. As maiores porcentagens foram encontradas nas questões dos domínios relações sociais e físico respectivamente, evidenciando que o domínio relações sociais apresentou classificação de QV maior, o que leva a se destacar como domínio de melhor pontuação. O domínio físico ficou em segunda colocação com boas porcentagens em todas as questões no escore acima do escore considerado de referência. As porcentagens mais baixas foram encontradas nas questões dos domínios psicológico e meio ambiente respectivamente, demonstrando uma avaliação de QV inferior aos domínios já citados.

Nessa perspectiva, outro estudo obteve resultado semelhante, invertendo-se apenas o domínio físico com o domínio social, onde foi utilizado o mesmo instrumento na avaliação de QV em idosos. A sequência entre os domínios, de forma decrescente, é: físico, social, psicológico, e ambiental (PEREIRA et al., 2006).

No que tange ao Domínio Físico, o Quadro 2 apresenta a porcentagem das respostas de cada questão que compõe o domínio. Cabe ressaltar que o mesmo apresentou boas porcentagens nos escores acima do escore considerado de referência (escore 3) em todas

as questões, exceto nas questões 3 e 4, que segundo Fleck et al. (2000), nas questões 3 e 4 os escores são invertidos em função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, ficando em segunda colocação entre os domínios com melhor avaliação de QV.

**Quadro 2** – Distribuição das questões referente ao Domínio Físico do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012. n=120

<b>DOMÍNIO FÍSICO</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>T</b>
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	N	22	47	23	28	0	120
	%	18,3	39,2	19,2	23,3	0	100
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	N	12	52	26	30	0	120
	%	10,0	43,3	21,7	25,0	0	100
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3*</b>	<b>4*</b>	<b>5*</b>	<b>T</b>
	N	2	9	42	67	0	120
	%	1,7	7,5	35,0	55,8	0	100
15. Quão bem você é capaz de se locomover?		<b>1*</b>	<b>2*</b>	<b>3**</b>	<b>4**</b>	<b>5**</b>	<b>T</b>
	N	0	9	8	58	45	120
	%	0	7,5	6,7	48,3	37,5	100
16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?		<b>1**</b>	<b>2**</b>	<b>3***</b>	<b>4***</b>	<b>5***</b>	<b>T</b>
	N	0	24	24	70	2	120
	%	0	20,0	20,0	58,3	1,7	100
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	N	0	11	23	86	0	120
	%	0	9,2	19,1	71,7	0	100
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	N	0	11	22	87	0	120
	%	0	9,2	18,3	72,5	0	100

1= nada; 2= muito pouco; 3= mais ou menos; 4=bastante; 5= extremamente; 3\*= médio; 4\*= muito; 5\*= completamente; 1\*= muito ruim; 2\*= ruim; 3\*\*= nem ruim nem bom; 4\*\*= bom; 5\*\*= muito bom; 1\*\*= muito insatisfeito; 2\*\*= insatisfeito; 3\*\*\*= nem satisfeito nem insatisfeito; 4\*\*\*= satisfeito; 5\*\*\*= muito satisfeito; T= Total. Fonte: Coleta de dados realizada nos meses de janeiro a março de 2012, em São Julião – PI.

Na questão 3, relacionada à faceta 1 (dor e desconforto), “em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?”, (39,2 %) responderam “ *muito pouco*”, (19,2%) “ *mais ou menos*”, (18,3%) responderam que sua dor ou desconforto não impede em “*nada*”. No entanto, (23,3%) referiram serem “*bastante*” impedidos. Com isso, observamos que 28 participantes não são satisfeitos na realização de alguma atividade necessária para eles, podendo estar diretamente relacionada a doenças crônicas ou a idade avançada.

Segundo Joia; Ruiz e Donalisio (2007), a QV na velhice tem sido muito associada a questões como independência e autonomia, sendo importante distinguir os efeitos da idade. Normalmente, um idoso de idade mais avançada tem suas capacidades diminuídas se comparados a eles mesmos quando eram 10 ou 15 anos mais novos, assim como, vários estudos na literatura apontam que a capacidade funcional é um importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos. Entretanto, essa não uma regra, já que algumas pessoas apresentam declínio no estado de saúde e nas funções cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas.

Na questão 4 “o quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”, que se enquadra na faceta 11, (dependência de medicação ou de tratamentos), (43,3%) responderam “ *muito pouco*”, acompanhado de (21,7%) que responderam “ *mais ou menos*”. Contudo, (25,0%) dos participantes referiram precisar “*bastante*” de medicação ou tratamento médico no seu dia-a-dia. A partir desses dados, notamos que um terço da amostra faz algum tipo de acompanhamento médico e com a equipe de saúde em geral como, por exemplo, acompanhamento de doenças crônicas cadastradas no programa Hiperdia que são acompanhadas nas ESF pela equipe de saúde da família.

Na questão 10, faceta 2 (energia e fadiga), cuja pergunta é “você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?”, (55,8%) responderam “ *muito*”, seguido de (35,0%) que responderam “*médio*”.

Consoante com os dados mencionados acima, o estudo de Braga et al. (2011), relata que uma provável explicação para os resultados encontrados em seu estudo, que é semelhante a este, é o fato de que a maioria das pessoas entrevistadas (80%) apresentava idade entre 60 e 74 anos, sendo assim, dispunha de boa capacidade funcional, não sendo possível detectar diferenças significativas com relação a um grupo com idade mais avançada, talvez pela pequena participação destes na pesquisa. A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para

prolongar, por maior tempo possível a independência, com isso, os idosos mantêm sua capacidade funcional aliado a QV.

Relacionado à faceta 9 (mobilidade), questão 15, foi feita a pergunta “quão bem você é capaz de se locomover?”, (48,3%) responderam “*bom*” e (37,5%) mencionaram se locomover “*muito bom*”. Representando (7,5%) e (6,5%) se locomovem “*ruim*” ou “*nem ruim nem bom*” respectivamente. Mais da metade da amostra não possui qualquer dificuldade para se locomover, representando a melhor porcentagem, nos escores acima do escore de referência, dentre as questões do domínio. Isso comprova a satisfação com sua saúde e qualidade de vida, como também, confirma o destaque do domínio físico na avaliação da QV.

No que diz respeito à faceta 3 (sono e repouso), questão 16, a pergunta é: “quão satisfeito(a) você está com o seu sono?”. Grande parte da amostra, (58,3%) respondeu estar “*satisfeito*”. As respostas “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e “*insatisfeito*”, obtiveram uma porcentagem de (20,0%) cada uma. Diferente do observado no estudo de Pereira et al. (2011), onde se confirmou que não dormir bem esteve significativamente associado a baixos escores no domínio físico, mostrando a importância do sono no bem-estar dos idosos.

Na questão 17 “quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?” representando a faceta 10 (atividades da vida cotidiana), (71,7%) da população estudada está “*satisfeito*”. Todavia, no estudo de Martins et al. (2009), quando avaliados aspectos referentes à execução de atividades da vida diária, (42,9%) afirmam incomodar-se com o fato de não conseguirem fazer coisas simples. Tal situação pode ter relação direta com a necessidade do uso de medicações continuadas para tratamento de doenças crônicas e ao fato de que a dor física é obstáculo constante para o desempenho de algumas atividades.

Por fim, quanto à questão 18 representada pela faceta 12 (capacidade de trabalho), a pergunta é a seguinte: “quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?”, (72,5%) estão “*satisfeitos*” representando a maior parte da amostra.

O domínio psicológico, representado pelo Quadro 3, também apresentou boas porcentagens nos escores acima do escore considerado de referência (escore 3), com exceção da questão 5, que apresentou maior porcentagem no escore de referência. Cabe salientar que a questão 26 também apresentou baixa porcentagem no escore acima do escore de referência, o que não representa uma baixa QV, pois nessa perspectiva Fleck et al. (2000), afirma que os escores das respostas para esta questão são invertidos.

**Quadro 3** – Distribuição das questões referente ao Domínio Psicológico do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012. n=120

<b>DOMÍNIO PSICOLÓGICO</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>T</b>
5. O quanto você aproveita a vida?	N	0	29	57	34	0	120
	%	0	24,2	47,5	28,3	0	100
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	N	0	6	33	79	2	120
	%	0	5,0	27,5	65,8	1,7	100
7. O quanto você consegue se concentrar?	N	2	7	37	74	0	120
	%	1,7	5,8	30,8	61,7	0	100
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3*</b>	<b>4*</b>	<b>5*</b>	<b>T</b>
	N	0	2	39	79	0	120
	%	0	1,7	32,5	65,8	0	100
19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?		<b>1*</b>	<b>2*</b>	<b>3**</b>	<b>4**</b>	<b>5**</b>	<b>T</b>
	N	0	4	19	97	0	120
	%	0	3,3	15,9	80,8	0	100
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?		<b>1**</b>	<b>2**</b>	<b>3***</b>	<b>4***</b>	<b>5***</b>	<b>T</b>
	N	16	87	11	6	0	120
	%	13,3	72,5	9,2	5,0	0	100

1= nada; 2= muito pouco; 3= mais ou menos; 4=bastante; 5= extremamente; 3\*= médio; 4\*= muito; 5\*= completamente; 1\*= muito insatisfeito; 2\*= insatisfeito; 3\*\*= nem satisfeito nem insatisfeito; 4\*\*= satisfeito; 5\*\*= muito satisfeito; 1\*\*= nunca; 2\*\*= algumas vezes; 3\*\*\*= frequentemente; 4\*\*\*= muito frequentemente; 5\*\*\*= sempre; T= Total. Fonte: Coleta de dados realizada nos meses de janeiro a março de 2012, em São Julião – PI.

A questão 5, “o quanto você aproveita a vida?”, está incluída na faceta 4, (sentimentos positivos), (47,5%) responderam “*mais ou menos*”, (28,3%) “*bastante*” e (24,2%) “*muito pouco*”. Esse entendimento também é observado no estudo de Martins et al. (2009), pois quando indagados sobre o assunto (46,9%) dos participantes de seu estudo disseram que mais ou menos, (38,8%) bastante e (8,2%), muito pouco.

Em relação à faceta 6 (auto-estima), questão 6, foi feita a seguinte pergunta: “em que medida você acha que sua vida tem sentido?”, prevaleceu à resposta “*bastante*” com (65,8%) das respostas. Apenas (5,0%) da amostra responderam “*muito pouco*” representando

a minoria da população em estudo, mostrando que a população possui uma auto-estima elevada em relação ao que a vida pode representar para eles.

Em relação a faceta 5 (pensar, aprender, memória e concentração), questão 7, “o quanto você consegue se concentrar?”, apresentou (61,7%) das respostas “*bastante*” e (30,8%) “*mais ou menos*”.

No que tange a faceta 7 (imagem corporal e aparência), questão 11, foi perguntado o seguinte: “você é capaz de aceitar sua aparência física?”, (65,8%) da população responderam “*muito*” e (32,5%) “*médio*”. A aceitação do corpo é um processo interno, pessoal, e devem ser descartados os estereótipos vinculados à mídia. Portanto, todo ser humano em idade madura ou já envelhecido precisa desenvolver expressões da sua sexualidade, pois esta é uma necessidade humana básica e pode ser sentida/vivida/satisfeita por todos (MARTINS et al., 2009).

A questão 19, que se enquadra na faceta 24 (espiritualidade/ religião e/ou crenças pessoais), é “quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?”. A mesma mostrou que (80,8%) dos idosos estão “*satisfeitos*” e (15,8%) “*mais ou menos*”. É importante destacar que durante a entrevista não foi abordado nenhum tipo de religião frequentada ou crença religiosa, não podendo assim afirmar diretamente que a maioria das respostas estejam direcionadas a algum tipo de religião seguida.

Por último, na faceta 8 (sentimentos negativos), questão 26, foi perguntado “com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”. A maioria, (72,5%) respondeu “*algumas vezes*” e (13,3%) “*nada*”. Assim sendo, os resultados deste estudo mostraram uma baixa prevalência de sintomas negativos. Todavia, os resultados do estudo de Corso et al. (2009), mostraram uma alta prevalência de sintomas depressivos em uma população de usuários de um serviço de atenção primária, com prevalência de (46,0%).

O Quadro 4 explana o Domínio Relações Sociais. O mesmo apresentou maiores porcentagens no escore considerado de referência e no escore acima deste (escore 3), quando comparado aos domínios mostrados acima e ao domínio seguinte, evidenciando o domínio com melhor avaliação de QV. Do mesmo modo, o estudo de Braga et al. (2011), salienta que o domínio social apresentou maior grau de satisfação, indicando que os idosos estudados estão “*satisfeitos*” ou “*muito satisfeitos*” com suas relações pessoais, com a vida sexual e com o apoio recebido dos amigos.

**Quadro 4** – Distribuição das questões referente ao Domínio Relações Sociais do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012. n=120

<b>DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>T</b>
20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	n	0	6	6	108	0	120
	%	0	5,0	5,0	90,0	0	100
21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	n	2	4	58	56	0	120
	%	1,7	3,3	48,3	46,7	0	100
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	n	0	4	8	108	0	120
	%	0	3,3	6,7	90,0	0	100

1= muito insatisfeito; 2= insatisfeito; 3= nem satisfeito nem insatisfeito; 4= satisfeito; 5= muito satisfeito; T= Total. Fonte: Coleta de dados realizada nos meses de janeiro a março de 2012, em São Julião – PI.

A faceta 13 (relações pessoais) é representada pela questão 20, “quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?”, onde prevaleceu (90,0%) das respostas marcadas em “*satisfeito*”.

Relacionado à faceta 15 (atividade sexual), questão 21, foi indagado: “quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?”. As respostas “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e “*satisfeito*” foram as mais escolhidas, com (48,3%) e (46,7%) respectivamente. Contudo, no estudo de Leite et al. (2008) destacou-se que a falta de informação sobre o processo de envelhecimento, assim como, das mudanças na sexualidade tem favorecido preconceitos entre os idosos, dificultando o esclarecimento de suas dificuldades nesta área.

Consoante com o entendimento de Leite et al. (2008), o estudo de Paskulin et al. (2010) menciona que talvez o ato sexual em si seja menos importante nesta faixa etária do que a possibilidade de intimidade, e que a imagem corporal/aparência não seja tão valorizada para os idosos quanto para pessoas mais jovens.

A questão 22 que se enquadra na faceta 14 (suporte social) é: “quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?”, a mesma mostrou que (90,0%) da população em estudo está “*satisfeito*” com o apoio social recebido.

O domínio que apresentou o maior número de questões com porcentagens similares tanto no escore considerado de referência (escore 3) quanto nos escores acima do mesmo, foi o Domínio Meio Ambiente, ficando em última colocação entre os domínios com melhor avaliação de QV, ou seja, foi o que apresentou avaliação de QV inferior, pois, em

algumas questões do domínio a população estudada mostrou-se imparcial. Em seguida é esclarecido pelo Quadro 5.

**Quadro 5** – Distribuição das questões referente ao Domínio Meio Ambiente do instrumento WHOQOL-BREF, em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, São Julião, PI, 2012. n=120

<b>DOMÍNIO MEIO AMBIENTE</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>T</b>
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	N	0	18	26	76	0	120
	%	0	15,0	21,7	63,3	0	100
9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	N	0	13	13	88	6	120
	%	0	10,8	10,8	73,4	5,0	100
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3*</b>	<b>4*</b>	<b>5*</b>	<b>T</b>
	N	2	42	40	36	0	120
	%	1,7	35,0	33,3	30,0	0	100
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	N	0	23	60	37	0	120
	%	0	19,2	50,0	30,8	0	100
14. Em que medida você tem oportunidades de lazer?	N	4	62	50	4	0	120
	%	3,3	51,7	41,7	3,3	0	100
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?		<b>1*</b>	<b>2*</b>	<b>3**</b>	<b>4**</b>	<b>5**</b>	<b>T</b>
	N	0	3	2	113	2	120
	%	0	2,5	1,7	94,1	1,7	100
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	N	2	40	39	39	0	120
	%	1,7	33,3	32,5	32,5	0	100
25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?	N	0	22	40	58	0	120
	%	0	18,3	33,3	48,4	0	100

1= nada; 2= muito pouco; 3= mais ou menos; 4=bastante; 5= extremamente; 3\*= médio; 4\*= muito; 5\*= completamente; 1\*= muito insatisfeito; 2\*= insatisfeito; 3\*\*= nem satisfeito nem insatisfeito; 4\*\*= satisfeito; 5\*\*= muito satisfeito; T=Total. Fonte: Coleta de dados realizada nos meses de janeiro a março de 2012, em São Julião – PI.



Na faceta 16 (segurança física e proteção), questão 8, foi perguntado “quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?”. “*Bastante*” foi a resposta mais escolhida, representando (63,3%) das respostas, seguida da resposta “*mais ou menos*” com (21,7%). Resultado semelhante se observa no estudo de Martins et al. (2009), onde (42,9%) dos indivíduos afirmaram que bastante e (38,8%) mais ou menos. Contudo, isso confirma que idosos atendidos nas ESF são em maioria funcionalmente independentes.

A pergunta 9, “quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?” relacionada à faceta 22 (ambiente físico), obteve maior pontuação na resposta “*bastante*” com prevalência de (73,3%). Prado e Perracini (2007) afirmam que as condições ambientais relacionam-se com a qualidade de vida percebida, ou seja, a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos, sociais e psicológicos adaptativos apresenta relação direta com a qualidade de vida na velhice.

Quanto a faceta 18 (recursos financeiros), a questão 12 questiona o seguinte: “você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?”. A maior parte da população em estudo (35,0%) respondeu “*muito pouco*”. As respostas “*médio*” e “*muito*” também obtiveram pontuações consideráveis com (33,3%) e (30,0%) respectivamente.

A questão 13, “quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?”, que se enquadra na faceta 20 (oportunidades de adquirir novas informações e habilidades), apresentou (50,0%) das respostas marcadas na opção “*médio*” e (30,8%) na opção “*muito*”.

No que diz respeito à faceta 21 (participação em, oportunidades de recreação/lazer), questão 14, foi perguntado “em que medida você tem oportunidades de lazer?”, (51,7%) responderam “*muito pouco*” e complementando a resposta, a maioria relatou não possuir muitas opções de atividades de recreação e lazer no município, apenas a “*capoterapia*”, da qual muitos participam, e atividades relacionadas à igreja. Vale salientar que esta foi a questão que apresentou maior porcentagem no escore abaixo do escore considerado de referência, ou seja, no escore que concebe baixa QV, favorecendo a baixa avaliação para o domínio.

Apesar de poucas opções, estas podem representar para os entrevistados sinônimos de uma boa QV, como mostra o estudo de Timm; Argimon e Wendt (2011), que a média do número de atividades de lazer realizada pelos idosos está em torno de sete. Entre as atividades escolhidas, a que mais se destacou foi a atividade vinculada à igreja, escolhida por (92,92%). Estes dados podem ser outro indicativo do quanto esses idosos estão envolvidos com atividades de sua comunidade e podem se beneficiar através delas.

Na questão 23, faceta 17 (ambiente no lar), foi indagado: “quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?”. A maior parte, (94,1%) disse estar “*satisfeito*” com as condições de moradia.

Na questão 24 “quão satisfeito(a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?”, que se encaixa na faceta 19 (cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade), as respostas foram equilibradas, “*insatisfeito*” obteve (33,3%) das respostas, “*nem satisfeito nem insatisfeito*” e “*satisfeito*” obteve (32,5%) cada uma. Lima e Portela (2010), em seu estudo, afirmam que a população idosa consome em maior proporção do que as outras faixas etárias, os serviços de saúde. Devido à impossibilidade de o sistema de saúde oferecer cobertura total à saúde dos idosos, com a tendência de crescimento desse segmento populacional, certamente torna-se necessário selecionar intervenções que sejam efetivas.

Por fim, na questão 25 “quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?” que corresponde à faceta 23 (transporte), (48,4%) disse estar “*satisfeito*” e (33,3%) “*nem satisfeito nem insatisfeito*”.

Os dados encontrados no presente estudo mostram que a população estudada possui melhor QV e satisfação em relação a questões sociais, relações pessoais, capacidade física e locomoção. Ao mesmo tempo, os domínios que alcançaram menores avaliações de QV mostraram-se imparciais ou pouco satisfeitos quanto a questionamentos psicológicos em relação à vida, satisfação pessoal, sentimentos negativos, como também, a questionamentos sobre lazer, serviços de saúde, recursos financeiros, meio de transporte e ambiente físico em geral.

Deste modo, foi possível compreender a importância que o profissional enfermeiro possui dentro das equipes que compõem as unidades de saúde da família, uma vez que lidam diretamente com a população enfocada, podendo amparar, acompanhar, desenvolver e programar novas estratégias voltadas ao idoso a fim de garantir a QV já possuída e estabelecer melhorias nas questões necessárias

## 6 CONCLUSÃO

Destarte, com a concretização deste estudo foi possível alcançar o principal objetivo colocado, além de verificar o grau de QV de idosos cadastrados na ESF do referido município, através do perfil socioeconômico e demográfico dos mesmos, como também pela análise das questões que compõem cada domínio do instrumento utilizado.

Observa-se que para os participantes da pesquisa, a satisfação com a vida e boa qualidade da mesma está relacionada diretamente à convivência com a sociedade, amigos e parentes, a capacidade de se locomover bem, sono e repouso satisfatórios, independência e autonomia.

Notou-se que a amostra faz algum tipo de acompanhamento com a equipe de saúde em geral pela assiduidade dos mesmos nas unidades como, por exemplo, acompanhamento de doenças crônicas cadastradas no programa Hiperdia, que são acompanhadas pelas equipes de saúde da família.

O fato de serem usuários ou não dos serviços da ESF não mostrou relação significativamente na avaliação da QV em nenhum dos domínios do instrumento utilizado. Contudo, as equipes do PSF podem direcionar seu planejamento e suas ações tendo as características dos idosos como referência, primeiramente aquelas que intervêm diretamente na qualidade de vida do idoso, buscando melhorias e cuidado para esta população.

Com o presente estudo foi possível concluir que a população estudada possui em geral uma QV “boa”, levando em consideração as questões pontuadas em cada domínio, com aumento da mesma em alguns questionamentos e diminuição em outros.

A realização da pesquisa em questão foi um desafio, pois se trata de um município pequeno, ainda iniciante na área da pesquisa, sendo este o primeiro trabalho dessa natureza. Espera-se que este estudo sirva de fonte de dados para futuros trabalhos que venham a ser desenvolvidos sobre esta mesma temática que é muito abrangente, como também contribua para uma reflexão crítica e pertinente sobre os achados tanto por parte da equipe quanto dos administradores, e assim proporcionar aos idosos uma QV ainda melhor.

O desenvolvimento desse estudo foi relevante, pois através do mesmo foi possível detectar possíveis falhas nos serviços de saúde municipal, como foi observado na questão sobre satisfação com o acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à intervenção profissional, este estudo permite gerar sugestões de ações para promoção da saúde, tais como criação de grupos de idosos para que haja maior interação entre a equipe e a população e, assim, terem um ambiente adequado para debates

sobre o processo de envelhecimento, alterações que ocorrem durante o processo e patologias associadas, como forma de alerta, informação e atualização dos idosos. Para os gestores e administradores fica a sugestão de buscar incentivo e soluções para proporcionar melhorias frente à população que está envelhecendo.

Frente à realidade encontrada e com conhecimento sobre a importância da existência de programas de saúde voltados aos idosos, é um desafio para o profissional enfermeiro atuar juntamente com a população em questão, no sentido de traçar estratégias eficazes considerando suas particularidades, limitações, a fim de promover saúde e qualidade de vida global.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. N. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.
- ALVES, V. P.; VIANNA, L. G. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, v. 18, n. 68, p. 489-510, 2010.
- ARAÚJO, M. A. S.; BARBOSA, M. A. Relação entre o profissional de saúde da família e o idoso. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p. 819-824, 2010.
- BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev APS.**, v. 14, n.1, p. 93-100, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa Brasileira**. Brasília, DF, 1996.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev:** Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Disponível em:  
< [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=153](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=153)>. Acesso em: 06 out. 2011.
- CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm.**, v. 63 n. 2, p. 279-284, 2010.
- CHEPP, C. C. **Estudo transversal da qualidade de vida através da escala whoqol-bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis**. 2006. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Curso de Medicina. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, SC, 2006.
- CORSO, A. N. et al. Impacto de sintomas na qualidade de vida de usuários da rede básica de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 257-262, 2009.
- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.
- ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.
- FALLER, J. W. et al. Qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 4, p. 803-810, 2010.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL- bref”. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, p.172, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados Populacionais**, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 26 set. 2011.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia.**, v. 26, n. 3, p. 297-304, 2009.

JANUÁRIO, R. S. B. et al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **ConScientiae Saúde.**, v. 10, n. 1, p. 112-121, 2011.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública.**, v. 41, n. 1, p. 131-138, 2007.

LEITE, M. T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. **Texto contexto – enferm.**, v. 17, n. 2, p. 250-257, 2008.

LIMA, M. J. B.; PORTELA, M. C. Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cad. Saúde Pública.**, v. 26, n. 8, p. 1651-1662, 2010.

MARTINS, J. J. et al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 265-271, 2009.

MEIRELES, V. C. et al. Característica dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuição para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 1, p. 69-80, 2007.

MELO, M. C. et al. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 14, n. (Supl. 1), p. 1579-1586, 2009.

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

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n.1, p. 101-107, 2010.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr.**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

\_\_\_\_\_. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, 2011.

- PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário sf-36. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.
- PRADO, A. R. A. P.; PERRACINI, M. R. A. Construção de ambientes favoráveis aos idosos. **Neri Al.**, p. 221-229, 2007.
- RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.
- SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SOUZA, L. M.; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 3, p. 665-671, 2011.
- TAMAI, S. A. B. **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos.** 2010. 158 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, 2010.
- TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicol Usp.**, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.
- TIMM, L. A.; ARGIMON, I. I. L.; WENDT, G. W. Correlação entre domínios de qualidade de vida e locus de controle da saúde em idosos residentes na comunidade. **Sci Med.**, v. 21, n. 1, p. 9-13, 2011.
- TORRES, M. V. et al. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes de atividades física regular em Teresina – Piauí. **ConScientiae Saúde.**, v. 9, n. 4, p. 667-675, 2010.
- ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36:** confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. 2006. 145 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Idoso. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, 2006.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

**Nº DO FORMULÁRIO** \_\_\_\_\_

1-Data da entrevista: \_\_\_\_\_ 2 – Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3-Idade: \_\_\_\_\_

### **A.DADOS PESSOAIS:**

#### **4- Sexo:**

1.F ( ) 2. M ( )

#### **5-Escolaridade:**

- |                                    |                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Analfabeto ( )                  | 2. Ensino fundamental incompleto ( ) |
| 3. Ensino fundamental completo ( ) | 4. Ensino médio incompleto ( )       |
| 5. Ensino médio completo ( )       | 6. Ensino superior incompleto ( )    |
| 7. Ensino superior completo ( )    |                                      |

#### **6-Estado Civil**

- |                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| 1.Casado (a) ( )     | 2.Divorciado (a) /separado (a) ( ) |
| 3. Morando junto ( ) | 4.Viúvo (a) ( )                    |

### **B.SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA:**

#### **7-Trabalho ou ocupação:**

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. Dona de casa ( )                | 2. Aposentado (a) e deixou de trabalhar ( ) |
| 3.Aposentado (a), mas trabalha ( ) | 4.Trabalha por conta própria ( )            |
| 5. Pensionista ( )                 |   |

#### **9. Com quem mora:**

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. Sozinho (a) ( )   | 2. Com conjuge/ companheiro (a) ( ) |
| 3. Com a família ( ) | 4. Outros ( )                       |

#### **10. Quantas pessoas moram na sua casa:**

- |                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Duas ( )         | 2. Três ( )             |
| 3. Quatro ( )       | 4. Cinco ( )            |
| 5. Mais de seis ( ) | 6. Mora sozinho (a) ( ) |

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Avaliação da qualidade de vida de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família

**Pesquisador responsável:** Laura Maria Feitosa Formiga

**Instituição/Departamento:** UFPI/CSHNB/Picos

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 9972-9443

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você 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 qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Trata-se de uma pesquisa sobre Qualidade de Vida direcionada a pessoa idosa cujo seu principal objetivo é conhecer a Qualidade de Vida de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de São Julião-PI. A fim de atingir seu maior objetivo pretende-se:

- Traçar o perfil sócio-econômico e demográfico de idosos cadastrados na ESF;
- Analisar os domínios físico, social, psicológico e ambiental na qualidade de vida desses idosos;
- Verificar se há qualidade de vida nos idosos cadastrados.

Para coleta dos dados será usado um formulário, inicialmente com o propósito de armazenar dados da população idosa investigada como: idade, sexo, estado civil, data de nascimento, nível de escolaridade, trabalho, moradia e religião. Posteriormente será utilizado um instrumento de avaliação da qualidade de vida que pode ser aplicado a qualquer faixa etária, validado pela Organização Mundial de Saúde e já utilizado no Brasil. Esse instrumento contém 26 questões e são agrupadas em quatro domínios: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Cada domínio possui suas questões cujas pontuações das respostas variam de 1 a 5.

A entrevista será registrada em formulário e o que você disser será utilizado para posterior estudo.

- Não será obrigado(a) responder nenhuma pergunta (mesmo já tendo aceitado participar do estudo). Apenas não poderá mais participar, pois todas as informações dos formulários são necessárias.
- Todos os gastos desta pesquisa serão custeados pelos pesquisadores responsáveis.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.
- Você tem direito de retirar o consentimento a qualquer tempo e sem nenhuma penalidade.

- A pesquisa não lhe trará riscos, desconfortos ou qualquer tipo de prejuízo.

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/C  
PF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”. Eu discuti com a pesquisadora Esp. Laura Maria Feitosa Formiga, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data \_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

#### **Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar do estudo.**

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

São Julião-PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Laura Maria Feitosa Formiga

#### **Observações complementares**

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga  
Centro de Convivência L09 e 10- CEP: 64.049-550 - Teresina - PI  
tel.: (86) 3215-5734 - email: [cep.ufpi@ufpi.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.br) web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep)

**ANEXOS**

## ANEXO A - INSTRUMENTO - QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)

<b>Instruções</b>					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. <b>Por favor responda a todas as questões.</b> 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.</p> <p>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 <b>duas últimas semanas</b>. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	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	<b>4</b>	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 <b>o quanto</b> 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 você 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, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
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 oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
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(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
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 meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5



**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**



## ANEXO B – DOMÍNIOS E FACETAS DO INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

<b>Tabela - Domínios e facetas do WHOQOL-bref.</b>
<b>Domínio 1 - Domínio físico</b>
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
<b>Domínio 2 - Domínio psicológico</b>
4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio 3 - Relações sociais</b>
13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual
<b>Domínio 4 - Meio ambiente</b>
16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

## ANEXO C

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	--

## CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** *Avaliação da qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família.*  
**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0447.0.045.000-11  
**Pesquisador Responsável:** *Laura Maria Feitosa Formiga*

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 deve apresentar ao CEP:

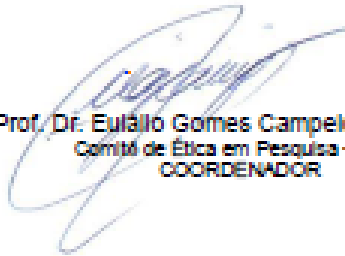
Agosto/2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA APROVAÇÃO:** 16/12/2011

Teresina, 27 de Dezembro de 2011.

  
 Prof. Dr. Eutálio Gomes Campelo Filho  
 Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI  
 COORDENADOR