



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

DEPENDÊNCIA FUNCIONAL, SENTIDO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

CAJAZEIRAS

2018

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL, SENTIDO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS
COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras

CAJAZEIRAS

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

L131d Lacerda, Gabrielle Manguiera.

Dependência funcional, sentido e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica / Gabrielle Manguiera Lacerda. - Cajazeiras, 2018.

72f..

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Saúde do idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Idoso hipertenso. I.Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 613.98

GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL, SENTIDO E QUALIDADE DE VIDA EM
IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 17 / 12 / 18

BANCA EXAMINADORA

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Profª. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Orientadora – ETSC/CFP/UFCG

Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues

Profª. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

1º membro – UAENF/CFP/UFCG

Arydyjany Gonçalves Nascimento

Profª. Esp. Arydyjany Gonçalves Nascimento

2º membro – UAENF/CFP/UFCG

Aos meus pais, com todo o meu amor e gratidão,
por não mediram esforços para ver a filha
formada, e que a todo momento me impulsionam
a buscar por meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu realizar mais um sonho em minha vida, me abençoando e me guiando pelo melhor caminho, pois tudo posso naquele que me fortalece.

A minha família, em especial aos meus pais, que não medem esforços para que os seus filhos tenham uma boa educação, e ao meu irmão, o estímulo diário que recebo em casa me faz um ser humano mais forte. Ao meu namorado, Dudu, por todo apoio e compreensão durante este período tão importante da minha formação acadêmica, presente especial que a Universidade me proporcionou.

A Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus Cajazeiras, e ao seu corpo docente, aos professores e ex-professores: Éder Almeida, Antônio Humberto, Luciana Moura, Rosilene Cândido, Francisca Bezerra, Janaíne Chiara, Flaviana Cândido, Sofia Santos, Dayze Galiza, Aissa Romina, Berenice Gomes, Kennya Sibelli, Marcelo Costa, Fabiana Ferraz, Mônica Paulino, Cláudia Fernandes, Paula Frassinetti, Laryssa Lins, Manoel Dionísio, Carminha Alustau, Alba Moura, Arydjani, Rafaela Rolim, Jessika Lopes, Fernanda Formiga, e os demais, que estão envolvidos diretamente na minha formação, partilhando seus saberes e nos conduzindo para sermos futuros profissionais competentes, que tenham mais sensibilidade, aplicando a humanização em nossos cuidados.

Sou grata a todos os responsáveis pela parte administrativa da Unidade Acadêmica de Enfermagem, pela disposição e zelo com os discentes, em especial a Laraina, que atua ativamente próximo aos alunos, lhes orientando em toda a parte burocrática, desde a matrícula até a finalização do curso.

Agradeço a minha orientadora, Prof^a Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras e também a Prof^a Cícera Renata Diniz Vieira Silva, pois fui agraciada por ser acompanhada por essas duas profissionais, exemplos de docente e de pessoa, que tiveram paciência ao longo da elaboração do meu TCC, fazendo as correções pertinentes, contribuindo no meu aprendizado e conhecimento. Além do incentivo diário, não permitindo que as dificuldades me impedissem de prosseguir, a ambas o meu muito obrigado, tenho um carinho imenso.

Meus agradecimentos aos colegas de curso e aos amigos que obtive durante essa jornada, que tornaram todo o processo de aprendizado mais leve, em especial: Joyce, Bruna, Augusto, Luiz, Rosi, meu amado grupinho, de trabalho, de congresso e de muitas risadas, principalmente a Maria Joyce, que não a considero só amiga, mas uma irmã que a Universidade me permitiu conhecer e quero preservar sempre ao meu lado. Aos alunos que

tive a oportunidade de ser monitora e compartilhar meus saberes, assim como a Bruno, Dudu, Paloma, entre outros, que foram meus monitores, disponibilizando-se sempre a partilhar o saber.

As minhas amigas, Manu, Alany, Maysas, Valéria, Carla, Jociara, Mayara, Mariana e Kamila, por me inspirarem através de gestos e palavras diante das situações de estresse e aflição que me deparei no decorrer da construção do TCC.

A professora Iluska Pinto da Costa, professora da ETSC, que me acompanha e incentiva desde enquanto aluna do técnico de enfermagem, prosseguindo até o ensino superior com suas orientações, uma grande amiga e espelho de profissional.

E a minha banca de TCC, formada pela Prof^ª. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras, Prof^ª. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues e Prof^ª. Esp. Arydyjany Gonçalves Nascimento, que fizeram contribuições pertinentes no desenvolvimento do meu trabalho.

RESUMO

Envelhecimento é um processo natural que representa longevidade. De acordo com a expectativa das projeções das Nações Unidas, em 2050 haverá mais idosos que crianças de 15 anos. Porém, junto a velhice, têm-se as alterações funcionais e morfológicas, em sua maioria, associadas a presença de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica, que acomete cerca de 55% dos idosos. O estudo teve por objetivo, analisar a dependência funcional, sentido e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem comparativa e de caráter quantitativo, realizado na Estratégia de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto, localizado no município de Cajazeiras-Paraíba, com amostra de 155 idosos. A análise estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais e média) e testes estatísticos, foram realizados no software SPSS, versão 20. O estudo obedeceu os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores sob parecer nº 2.719.392. Os resultados revelaram que o perfil predominou-se com idosos de 60-70 anos, do sexo feminino, residem com outros, casados, renda de 1 a 2 salários mínimos e analfabetos. Identificou-se independência funcional, em ambos os grupos de idosos com e sem hipertensão, as alterações que foram observadas no resultado dos domínios, podem estar interligadas ao declínio de alguns sistemas que ocorrem na fase de envelhecimento. Quanto a qualidade de vida, a classificação regular se fez presente nos dois grupos, indicando índice médio em relação a qualidade de vida, havendo uma percepção mais negativa nos idosos hipertensos. O questionamento quanto ao sentido de vida nos idosos do estudo, apresentou-se de forma positiva ao se obter como resultado da maioria a presença de realização existencial, que reflete na Independência e na qualidade de vida desses idosos. Tendo em vista a presença de sentido de vida por grande parte dos participantes, essa deveria ser uma estratégia a ser trabalhada com esses idosos, com ênfase aos hipertensos, de modo a enfrentar as adversidades oriundas do envelhecimento e da presença de comorbidades, fazendo-o reconhecer um sentido maior por trás destes questionamentos vivenciados, e trazer pra si ensinamentos que lhe possibilitem mudar a seu favor as circunstâncias de vida no qual se encontra.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do idoso. Qualidade de vida. Hipertensão. Envelhecimento.

ABSTRACT

Aging is a natural process that represents longevity. According to United Nations projections, in 2050 there will be more seniors than 15-year-olds. However, along with old age, there are the functional and morphological alterations, most of them associated with the presence of chronic diseases, such as systemic arterial hypertension, which affects about 55% of the elderly. The objective of this study was to analyze the functional dependence, sense and quality of life in the elderly with and without systemic arterial hypertension. This is a descriptive field study with a comparative and quantitative approach, carried out in the João Bosco Braga Barreto Family Health Strategy, located in the municipality of Cajazeiras-Paraíba, with a sample of 155 elderly people. Descriptive statistical analysis (absolute distributions, percentages and mean) and statistical tests were performed in SPSS software, version 20. The study obeyed the ethical precepts set forth in Resolution 466/2012 of the National Health Council, being approved by the Ethics Committee of the Federal University of Campina Grande / Teacher Training Center under opinion nº 2,719,392. The results showed that the profile was predominant with elderly women aged 60-70 years, living with others, married, income of 1 to 2 minimum wages and illiterates. Functional independence was identified in both groups of elderly individuals with and without hypertension, the changes that were observed in the results of the domains may be related to the decline of some systems that occur in the aging phase. Regarding quality of life, regular classification was present in both groups, indicating a mean index in relation to the quality of life, with a more negative perception in the hypertensive elderly. The questioning about the meaning of life in the elderly of the study was presented positively when the result of the majority was the presence of existential achievement, which reflects on the independence and quality of life of these elderly people. Considering the presence of a sense of life by most of the participants, this should be a strategy to be worked with these elderly people, with emphasis on hypertensive individuals, in order to face the adversities arising from aging and the presence of comorbidities, doing so to recognize a greater sense behind these lived questions, and to bring to itself teachings that allow him to change in his favor the circumstances of life in which he finds himself.

Keywords: Old man. Health of the elderly. Quality of life. Hypertension. Aging.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis idade, sexo, estado civil, conjuntura familiar, raça/cor (autodeclarada) e grau de escolaridade. Cajazeiras-PB, 2018.....	23
Tabela 2 – Descrição da Tabela quanto ao valor total do WHOQOL-OLD	26
Tabela 3 – Descrição das médias de cada faceta do questionário WHOQOL-OLD.....	27
Tabela 4 – Valores absolutos da MIF total e nível de independência.....	29
Tabela 5 – Descrição dos domínios e dimensões da MIF, com suas respectivas médias obtidas.....	30
Tabela 6 – Descrição das variâncias obtidas no PIL-Test 12	32
Tabela 7 – Associação de variáveis “Possuir ou não possuir hipertensão” e idade, sexo e conjuntura familiar.....	33
Tabela 8 – Descrição dos resultados obtidos no grupo de idosos com HAS e no grupo de idosos sem HAS.....	35

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

DF - Dependência Funcional

QV - Qualidade de vida

SV - Sentido de Vida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

WHOQOL-OLD - Qualidade de vida

MIF - Medida de Independência Funcional

PIL -Test 12 - Teste de Propósito de Vida

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SPSS® - *Statistical Package for the Social Sciences*

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 GERAL	14
2.2 ESPECÍFICOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	15
3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 LOCAL DA PESQUISA	17
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	18
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	19
4.6 INSTRUMENTOS VALIDADOS PARA PESQUISAS APLICADAS À PESSOA IDOSA	19
4.6.1 Questionário da Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD)	19
4.6.2 Teste de Propósito de Vida (PIL-Test 12)	20
4.6.3 Medida de Independência Funcional (MIF)	20
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	21
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	23
5.2 QUALIDADE DE VIDA	26
5.3 MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	29
5.4 SENTIDO DE VIDA	32
5.5 IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	33
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	49
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	53
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)	54
ANEXOS	56
ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	57

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA PARA IDOSOS (WHOQOL-OLD)	58
ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)	63
ANEXO D - TESTE DE PROPÓSITO DE VIDA (PIL-Test 12)	64
ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA	65
ANEXO F– ANÁLISE DO WHOQOL-OLD	66
ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	68

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano, evento vital de um ciclo natural da vida, representa o aumento da longevidade. Os idosos progressivamente apresentam-se com maior participação na estrutura da população, ressaltando assim um possível aumento da expectativa de vida (CAMARGOS *et al.*, 2015).

O índice de pessoas idosas, com mais de 60 anos, soma 23,5 milhões dos brasileiros, conquista de grande relevância, que implica em avanços nas condições de vida. Seguindo a expectativa das projeções das Nações Unidas, em 2050 haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos, evidenciando a precisão de se trabalhar de forma abrangente o envelhecimento e as suas particularidades (BRASIL, 2013).

O progresso da longevidade humana só se torna possível em razão de melhoras no processo do envelhecimento, quando se investe de forma direta em ações e mobilizações tanto no quesito saúde, ofertado pelo governo, como na sensibilização do público idoso quanto a um envelhecimento ativo e saudável.

O tema envelhecimento é encarado pela população muitas vezes de forma negativa, por consequência das inúmeras mudanças fisiológicas, psíquicas e até mesmo sociais, que arremetem ao idoso na fase em questão (ROSA; VILHENA, 2015). As alterações podem interferir diretamente na perspectiva da pessoa idosa ao enfrentar a velhice, a qual já é perpassada de pessoa pra pessoa, desde a idade adulta, onde se tem uma visão deturpada em relação ao envelhecer, prejudicando a forma de conviver e se adaptar as mudanças e transformações próprias do envelhecimento.

Processo biológico natural, que com o avançar da idade pode interferir nas funções fisiológicas do corpo humano, havendo uma perda da eficácia funcional do organismo, desencadeando uma regressão de todas capacidades, que podem ser agravadas por influência da própria genética, do estilo de vida, do estado emocional do indivíduo, da presença de comorbidades, entre outras (GLASSOCK; DENIC; RULE, 2017).

Dentre as várias doenças crônicas que acometem os idosos, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que apresenta uma incidência elevada, e pode comprometer significativamente na adesão do idoso a fase do envelhecer. Em pesquisas referentes a prevalência da HAS, a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), enfatiza o alto índice de acometimento desta enfermidade, atingindo cerca de 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos no Brasil. O estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) realizado no município de Canindé-CE, enfatiza que dentre uma lista de doenças que acometem os idosos,

com maior prevalência, a hipertensão ressaltar-se com 46,2%, que direcionada para a pessoa idosa, pode apresentar-se de forma mais agressiva e com fatores de risco, como prováveis eventos cardiovasculares fatais.

As mudanças morfológicas, em detrimento do avançar da idade, adicionado a HAS, acrescentam-se nos motivos que determinam a perda progressiva da capacidade do indivíduo (ANDRADE *et al.*, 2012).

A Dependência Funcional (DF) é em detrimento de algum comprometimento na capacidade funcional do idoso, pode ocasionar uma maior vulnerabilidade no mesmo, e afetar tanto a sua mobilidade física, quanto a sua capacidade mental (REIS; TRAD, 2015). A partir do momento que os indivíduos, os quais fazem parte do cotidiano daquele idoso, e sua família, concluem que o mesmo não é mais capaz de realizar atividades básicas do dia a dia, trazem para si essa função de ajudar, tratando esse idoso como um ser incapaz e totalmente dependente. Por consequência, o idoso passa a sentir-se inútil e ignorado, pois as suas vontades já não são mais atendidas, comprometendo o seu bem estar.

Estas situações de estresse e angústia, podem afetar a saúde mental do idoso, e suscitar em depressão, consequentemente interferindo no bem estar e Qualidade de Vida (QV). Haja vista que a QV é algo subjetivo, correspondente as circunstâncias, vai de acordo com as necessidades individuais, quando elas são supridas, como se conduz a própria vida e se esse modo lhe proporciona felicidade, bem estar, satisfação e crescimento individual (OLIVEIRA, 2006).

O estado de privação, isolamento, inutilidade e redução na qualidade de vida, podem fazer com que o indivíduo identifique a sua vida como vazia e sem sentido. Diante dessa perspectiva, o filósofo Viktor Frankl (1905-1997) aborda o Sentido de Vida (SV), como algo que vai além da realidade vivenciada, propondo um olhar diferente sobre a vida, mesmo que em meio as adversidades, no qual o indivíduo deve ter como propósito a busca por uma razão particular para a existência, reconhecer o sentido maior por trás das situações impostas, não se deixando levar pelo desespero e desesperança (FRANKL, 1989; PEREIRA, 2007).

A DF pode afetar diretamente na QV dos idosos, principalmente dos que tem como agravante a HAS, surgiram as seguintes questões norteadoras: “O SV pode ser considerado um fator de proteção para a dependência funcional em idosos, repercutindo na sua QV? Há diferença dos escores de DF, SV e QV entre os idosos com e sem HAS?” Espera-se elucidar estes questionamentos por meio da pesquisa em pauta. E contribuir na atuação e assistência dos profissionais em saúde ao público idoso, em especial os que apresentam hipertensão.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a dependência funcional, sentido e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar fatores de risco para a dependência funcional em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica.
- Comparar a qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial.
- Correlacionar a dependência funcional com a qualidade de vida nos dois grupos.
- Averiguar se o sentido de vida pode atuar como recurso protetor capaz de diminuir os efeitos da dependência funcional e contribuir na qualidade de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento populacional, vem apresentando-se em maior destaque, considerado um fenômeno mundial, e um desafio para a saúde pública, por apresentar singularidades que infelizmente passam despercebidos pelo serviço de saúde e conseqüentemente afetando na disponibilidade de um atendimento que contemple todas as dimensões envolvidas nesse processo, a contar desde a comunidade, bem como, a família e o serviço de saúde (BRITO *et al.*, 2013).

Tendo em vista que o estatuto do idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, declara no art. 3º que é obrigatório a família, comunidade, sociedade e Poder Público, garantir ao idoso condições de vida confortável, lhe possibilitando direito à saúde, alimentação, educação, cultura, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, respeito, entre outros, em resumo, garantir uma vida com dignidade e segurança (BRASIL, 2003).

O envelhecimento é um processo natural, é uma oportunidade de ter sua vida prolongada por mais tempo, a almejada longevidade. Porém, o envelhecer traz consigo os efeitos desse processo, como a involução funcional, que compromete o desempenho ideal do sistema fisiológico, mas isso de forma variável, pois alguns órgãos podem ser mais comprometidos que outros, ou até mesmo, não sofrer alterações significativas, preservando desse modo, o bom funcionamento do sistema (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Apesar da involução, é possível o idoso ter uma saúde vital preservada e de boa qualidade, sem a imposição de limitações. Para tal fim, é requerido que o indivíduo tenha hábitos de vida saudáveis, lhe permitindo uma velhice bem sucedida, conservando sua saúde física e mental.

A busca por um envelhecimento saudável e bem sucedido, preservando a capacidade física e psíquica, deve ser posta em prática ao longo da vida, através dos hábitos de vida adquiridos. É necessário evidenciar, que a condição genética tem influência na velhice, pois algumas comorbidades podem ser adquiridas por essa relação, tornando-os mais susceptíveis. Porém, os hábitos de vida, também tem responsabilidade nessa evidência, logo, quando aliado as potencialidades genéticas, o envelhecimento tende a ter alterações mais bruscas e degenerativas (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

A população como um todo, precisa ser estimulada quanto a importância dos hábitos de vida: como se alimentar de forma adequada, a prática de exercícios físicos, de reservar

momentos de lazer, entre outros, que lhe permita obter uma boa qualidade de vida durante a velhice, e se liberte do estigma criado em relação ao envelhecimento.

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A longevidade, muitas vezes, está associada ao acometimento de doenças crônicas, que comprometem o bom condicionamento de um envelhecimento ativo, em consequência de favorecer o aparecimento de incapacidades, sejam elas na parte motora, psicológica ou social, interferindo na independência e autonomia da pessoa idosa (MOREIRA *et al.*, 2013).

As doenças crônicas apresentam alta incidência na população idosa, dando ênfase a HAS, com prevalência acima de 55% em idosos, em todas as regiões geográficas do Brasil, entre 2006 e 2010, em acordo com o estudo de Mendes, Moraes e Gomes (2014).

A HAS é a elevação sustentada da pressão sanguínea nas artérias, em consequência da sua existência, o coração tende a exercer um esforço maior para distribuir o sangue corretamente, por essa razão, contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Somadas, as alterações próprias do envelhecimento, que modificam a microarquitetura da parede dos vasos, ocasionando o enrijecimento e perda da elasticidade, aumentam a vulnerabilidade para esses eventos cardiovasculares (ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Além das incapacidades que podem surgir durante o envelhecimento, quando acometido por HAS, esse comprometimento pode ser mais abrangente. Afetar até mesmo o comportamento dos familiares, que restringem o idoso, o idealizando como um ser não mais capaz e que precisa de cuidados, interferindo na sua DF, que é a incapacidade de realizar determinadas atividades do dia a dia, sejam essas complexas ou básicas, na qual necessita-se de auxílio para cumpri-las, indicando assim o grau de dependência do idoso, interferindo na sua autonomia para a tomada de decisões e restrições de suas ações (GRATÃO *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2017).

O idoso com HAS, deve adotar além do tratamento medicamentoso, condutas no seu estilo de vida que controlem os níveis pressóricos e lhes permitam ter uma boa QV, associação esta, que tem se mostrado um método eficaz na redução da ocorrência de complicações da HAS, bem como, na mortalidade (NOBRE *et al.*, 2013). Porém, há uma resistência em se modificar certos hábitos de vida e isso dificulta a adesão ao tratamento por parte dos idosos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem comparativa e de caráter quantitativo. O estudo de campo é utilizado quando procura-se realizar um aprofundamento de uma realidade, de forma direta, através de entrevistas por exemplo, na busca por obtenção de conhecimentos ou informações acerca de determinado problema ou hipótese, para captar as respostas e explicações (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Pesquisas descritivas são frequentemente utilizadas em estudo na área de saúde, por terem como propósito descrever a respeito da realidade de uma determinada população ou fenômeno (ARAGÃO, 2011).

O estudo comparativo, permite analisar semelhanças e diferenças entre determinados grupos, contribuindo na compreensão do comportamento destes (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A abordagem quantitativa traduz variáveis utilizadas no estudo, como as opiniões e informações colhidas, em dados numéricos, no qual utiliza-se de técnicas estatísticas para compreensão e interpretação dos dados obtidos (FONTELLES *et al.*, 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) João Bosco Braga Barreto, da cidade de Cajazeiras.

O município de Cajazeiras localiza-se no Sertão Paraibano, a uma distância de aproximadamente 477 quilômetros de sua capital João Pessoa. É considerado o oitavo município mais populoso da Paraíba, com população de 58.446 habitantes, com estimativa de população para 2018 de 61.776 (IBGE, 2010).

Apresenta em seu território vinte e três equipes de ESF, das quais, dezessete localizam-se na zona urbana e seis na zona rural. A escolha pela ESF João Bosco Braga Barreto, deve-se ao fato de apresentar em sua área uma maior demanda de idosos em comparação as demais, com uma população de 531 idosos, possibilitando uma melhor investigação dos resultados.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é referente ao público alvo do estudo em sua totalidade, os elementos que estão sendo estudados, os quais apresentam características ou aspectos em comum (BERGAMASCHI, SOUZA E HINNIG, 2010). A população deste estudo é correspondente a 531 idosos, da ESF João Bosco Braga Barreto.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), amostra é com relação a parcela da população que apresenta características exclusivas, diferente dos demais elementos. A amostra do estudo, foi composta por idosos com e sem HAS, e que atenderem aos critérios de seleção pré-estabelecidos.

Desse modo, a amostragem foi do tipo não probabilística intencional. Para o cálculo do tamanho da amostra, considerando uma prevalência de HAS de 50%, aceitando-se um erro amostral de 5%, com nível de confiança de 95%, o cálculo do tamanho de amostra resultou em 224 indivíduos. Acrescentando-se 10% para perdas. A amostra do cálculo amostral foi composta por 246 idosos, e a amostra real da pesquisa foi de 155 idosos.

Dos 246 idosos, nove não se encontraram no seu domicílio durante a coleta, mesmo havendo retorno dos pesquisadores na moradia. Houve 23 recusas, que foi de imediato aceite pelos pesquisadores e sem mais insistências.

Quanto a aplicação do MEEM (Mini-Exame do Estado Mental), o instrumento avaliou as funções cognitivas dos idosos, com perguntas relacionadas a orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação geral varia de zero a trinta, onde os idosos analfabetos teriam que pontuar no mínimo com 13 pontos, aqueles com escolaridade baixa e média no mínimo 18 pontos e para aqueles de escolaridade alta, no mínimo 26 pontos. Os que não atingiram o valor mínimo, estavam inabilitado pelo instrumento (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Um total de 59 idosos não foram aptos no MEEM, e 155 foram aptos ao MEEM, amostra real do estudo.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Foram incluídos para participar do estudo: Idosos (60 anos ou mais), que tivessem as funções cognitivas preservadas, obtendo desempenho acima da nota estabelecida no MEEM, e idosos com e sem HAS. Sendo excluídos: os idosos que não encontravam-se em domicílio durante o período da coleta de dados, após três visitas da pesquisadora.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de julho e agosto com datas e horários estabelecidos previamente, de acordo com a disponibilidade dos idosos. A abordagem ocorreu no próprio domicílio, em companhia dos Agentes Comunitários de Saúde que corroboraram em nos direcionar as residências familiares que têm idosos em sua estrutura, sendo aplicado a entrevista aos idosos após explicação dos objetivos da pesquisa, em um ambiente tranquilo e reservado.

O pesquisador inicialmente apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), concomitantemente explicando os objetivos da pesquisa, e solicitou a assinatura do participante, confirmando sua aceitação em contribuir com o estudo. Sendo aplicado a princípio o MEEM (ANEXO A), para avaliação da capacidade mental do idoso, que após ser considerado apto, é prosseguido a investigação. Sendo incluso também, a aplicação do Sócio demográfico (APÊNDICE B), útil na investigação do perfil desses participantes.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários validados: Qualidade de vida (WHOQOL-OLD) (ANEXO B), Independência Funcional (MIF) (ANEXO C) e Sentido de vida (PIL-Test 12) (ANEXO D), juntamente ao Sócio demográfico.

4.6 INSTRUMENTOS VALIDADOS PARA PESQUISAS APLICADAS À PESSOA IDOSA

4.6.1 Questionário da Qualidade de Vida para Idosos (WHOQOL-OLD)

O instrumento, WHOQOL-OLD, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar a QV, com direcionamento às pessoas idosas, contemplando particularidades da terceira idade. Tem por objetivo mensurar a satisfação do indivíduo com sua vida, e sua percepção frente às doenças, ou seja, o que elas causam em sua vida e se isso modifica seu bem estar (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

O WHOQOL-OLD é composto por um questionário de 24 itens, pontuado pela escala de Likert (de 1 a 5 pontos), dividido em seis facetas, cada uma com quatro itens: Faceta 1 - Funcionamento dos sentidos, a qual avalia o funcionamento sensorial (visão, audição, tato, paladar, olfato e equilíbrio) e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV ; Faceta 2 - Autonomia, referente à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é

capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões; Faceta 3 - Atividades passadas, presentes e futuras, que descreve a satisfação sobre conquistas na vida e esperanças futuras; Faceta 4 - Participação social, que delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade; Faceta 5 - Morte e morrer, a qual se relaciona a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer; e, Faceta 6 - Intimidade, que avalia a capacidade para as relações pessoais e íntimas (SANTOS, 2015). Cada faceta possui quatro itens, com uma pontuação padronizada de 0 a 100. O escore dos valores dessas facetas, somados, geram um escore overall (geral) (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003; SANTOS, 2015).

4.6.2 Teste de Propósito de Vida (PIL-Test 12)

O Teste de Propósito de Vida (PIL-Test), originalmente foi desenvolvido por Crumbaugh e Maholick (1964), o qual tem por objetivo avaliar a sensação de realização existencial do indivíduo, mensurando o nível de SV do mesmo. Revisado posteriormente por Harlow, Newcomb e Bentler (1987), constituindo a versão PIL-R (AQUINO *et al.*, 2015). O instrumento original contém em sua estrutura 20 itens, porém o instrumento a ser utilizado nesse estudo, é uma adaptação do original, formulada por Aquino (2009), o PIL-Test 12.

O PIL-Test 12, contém um questionário de 12 itens em sua escala. O questionário dispõe resposta em formato tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), que aborda sobre os seguintes conteúdos: Satisfação com a própria vida; Liberdade; Medo da morte; Propósito na vida; Ideação suicida; e Se a vida vale a pena (AQUINO, 2009).

4.6.3 Medida de Independência Funcional (MIF)

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento que tem por propósito avaliar a independência funcional do indivíduo na realização das suas atividades do dia a dia. Foi desenvolvida na década de 1980 por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, o qual foi validado para a população idosa por Pollak, Rheault e Stoecker (1996).

O instrumento é constituído por 18 categorias pontuadas de 1 a 7, em que, usando-se uma escala de sete pontos, o nível 1 indica dependência completa e o nível 7 independência completa (RIBERTO *et al.*, 2004).

As categorias são agrupadas em seis dimensões, com pontuações entre: autocuidados (6-42), controle de esfíncteres (2-14), transferências (3-21), locomoção (2-14), comunicação (2-14) e cognição social (3-21), para a avaliação da independência nessas dimensões, deve ser feito a soma das categorias referentes, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. As dimensões podem ser subdivididas em dois domínios: MIF motora e MIF cognitiva, avaliadas conforme pontuação correspondente, 13 à 91 varia a MIF motora, e de 5 à 35 MIF cognitiva, quanto mais próximo do valor máximo dos seus escores, melhor o grau de independência (RIBEIRO *et al.*, 2015; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005; RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013).

A somatória dos pontos das dimensões da MIF, é correspondente ao resultado da MIF total variando com pontuação mínima de 18 e pontuação máxima de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência conforme escore, recebendo classificação de: Até 18 pontos (dependência completa), 19 a 103 pontos (dependência modificada) e 104 a 126 pontos (independência completa) (RIBERTO *et al.*, 2004; MACÊDO *et al.*, 2012).

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para análise e processamento dos dados coletados foi criado um banco no SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 20.0). Além da estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais, média), e associações estatísticas de variáveis, com aplicação do teste qui-quadrado. Considerou-se haver associação estatisticamente significativa quando o p-valor fosse $<0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada após anuência da rede escola, e cadastrada na Plataforma Brasil, e só após foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, bairro Casas Populares; CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB, para avaliação ética da pesquisa, e apenas após a sua apreciação e aprovação sob parecer de número 2.719.392 (ANEXO G), que foi dado início a coleta de dados.

A pesquisa foi realizada seguindo os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, além de ser assegurado o sigilo das informações contidas na entrevista e seu anonimato, utilizando-as somente para fins de pesquisa, ressaltando o direito de liberdade do mesmo, ou seja, que a qualquer momento, eles podem se retirar do estudo, sem lhe acarretar nenhum prejuízo (BRASIL, 2012).

Este estudo envolveu riscos mínimos, pois não incluiu procedimentos invasivos nem experimentais em sua realização; mas pode vir a ocorrer insatisfação do entrevistado diante dos questionamentos, que pode lhe arremeter algum constrangimento, o qual pode se sentir incomodado ou passar por um sofrimento psicoemocional despertado pelo teor das perguntas, a respeito de suas condições de vida e limitações. Nesse caso, o pesquisador esteve atento para sugerir a suspensão da entrevista caso necessário, deixando o participante confortável para decidir a respeito da sua participação no estudo.

Sobre os benefícios, espera-se que a pesquisa possibilite uma visão mais aprofundada quanto a problemática do estudo, fornecendo subsídios acerca dos fatores de risco e possibilidades de atuação do serviço de saúde para com o idoso.

Ressalta-se que a coleta de dados foi realizada mediante autorização formalizada pela assinatura do TCLE (APÊNDICE A), em duas vias, o qual uma ficou de posse do participante da pesquisa, contendo o contato das pesquisadoras e assinaturas das mesmas, e a outra em posse do sujeito pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Foram entrevistados 155 idosos que encontram-se distribuídos na Tabela 1 de acordo com as variáveis idade, sexo, estado civil, conjuntura familiar, raça/cor (autodeclarada) e grau de escolaridade.

Tabela 1: Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis idade, sexo, estado civil, conjuntura familiar, raça/cor e grau de escolaridade. Cajazeiras – PB, 2018.

<i>Variáveis</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Faixa etária		
60 a 70 anos	79	50,9
71 a 80 anos	58	37,4
81 a 95 anos	18	11,6
Raça/cor (autodeclarada)		
Parda	80	51,6
Branca	58	37,4
Preta	13	8,4
Amarela	3	1,9
Indígena	1	0,6
Sexo		
Feminino	109	70,3
Masculino	46	29,7
Conjuntura familiar		
Sozinho	32	20,6
Companheiro(a)	27	17,4
Companheiro(a) e filhos solteiros	24	15,5
Companheiro(a) e filhos casados	08	5,2
Outros	64	41,3
Estado civil		
Casado	76	49,0
Viúvo	50	32,3
Separado	19	12,3
Solteiro	10	6,5
Renda familiar (salário mínimo= R\$ 954,00)		
< 1 salário mínimo	7	4,5
1 - 2 salários mínimos	146	94,2
3 - 4 salários mínimos	2	1,3
Grau de escolaridade		
Analfabetos	77	49,7
Ens. Fund. Incompleto	63	40,6
Ens. Fund. Completo	5	3,2
Ens. Médio Incompleto	2	1,3
Ens. Médio Completo	4	2,6
Superior completo	4	2,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação a faixa etária dos participantes do estudo, observa-se a prevalência entre as idades foi de 60 a 70 anos, demonstrando que a população idosa conquistou um aumento na sua longevidade, reduzindo o índice de mortalidade nesse grupo, dado que foi característico no estudo de Vieira *et al.* (2017). A taxa de mortalidade do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para o ano de 2015 estimou uma expectativa de vida de 75,5 anos, e para o ano de 2016 já foi referido uma média de 75,8 anos, vislumbrando que de forma gradativa há melhoras nesse âmbito (IBGE, 2017).

Essa conquista do aumento da perspectiva de vida, evidencia uma queda da mortalidade de idosos jovens, por influência da melhoria nas condições de vida, controle e prevenção das comorbidades, melhor acessibilidade aos atendimentos de saúde, crescimento de estudos relacionados a melhoria da qualidade de vida, entre outros (CHAIMOWICZ, 2013; BARBOSA *et al.*, 2014).

No que se refere a raça/cor (autodeclarada), houve uma predominância da parda, que corrobora com o estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015). Este fato pode estar relacionado ao Brasil ser um país onde encontra-se uma grande miscigenação das raças.

O sexo de maior prevalência foi o feminino. Achado este que se assemelha a outros estudos, como o de Nicodemo e Godoi (2010) e Almeida *et al.* (2015), que afirmam que as mulheres representam a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, idealização essa respaldada com a estimativa de que as mulheres vivam em média de cinco a sete anos a mais que os homens, evento este nomeado como “feminização da velhice”.

A relação favorável para uma melhor expectativa de vida para o grupo feminino, tem associação com a procura por serviços de saúde, pois sabe-se que esse grupo se destaca por buscar com maior frequência por assistência, sobretudo referente à atenção primária que apresenta em sua rotina de serviço, estratégias que atendem às necessidades de saúde das mulheres, crianças e idosos, situação que difere para o sexo masculino, que não tem suas demandas específicas reconhecidas de forma mais marcante (LEVORATO *et al.*, 2014; MARTINS; MODENA, 2015).

Ao analisar a conjuntura familiar, identificou-se que os idosos em maioria moram acompanhados. Dentre os que não moram sozinhos, o que prevaleceu foram os que residem com outros, total de 41,3%, sejam essas do seu meio familiar ou de sua convivência, como, irmãos, primos, tios e amigos, apresentando um índice menos expressivo com relação a companheiro e filhos, que geralmente é o padrão esperado, rearranjo familiar que pode ser consequência de divórcios e/ou contingente de viúvos, como ressalta o estudo de Carleto e Santana (2017).

O cuidado informal, ofertado em casa pela família, traz consigo uma situação estressante, pois há mudanças na fase do envelhecimento que tornam o idoso até certo ponto dependente de seus familiares, sobrecarga esta que muitas vezes recai sobre apenas um membro da família, o qual fica responsável por todas as tarefas, provocando conflitos no âmbito familiar (HEDLER *et al.*, 2016). Evidência que pode comprometer diretamente na conjuntura familiar do idoso que opta por residir sozinho, ou com outros membros do seu convívio familiar, afim de evitar discussões familiares e de sentir-se um fardo para os mesmos.

No tocante ao estado civil, prevaleceram os casados. A predominância de casados pode estar vinculada aos padrões católicos, pois como bem se sabe, a maioria das religiões preza por um matrimônio indissolúvel (CONFORTIN *et al.*, 2016). Em relação ao percentual de viuvez, é um dado relevante quando leva-se em consideração, que a fase de luto interfere na saúde do idoso, envolvendo uma vida solitária, comprometendo o psicológico e conseqüentemente deixando-o vulnerável (DANTAS; CALOBRIZI, 2006).

Quanto a renda mensal, a maioria dos idosos afirmaram ter em média de 1 a 2 salários mínimos. Circunstância que se faz presente em outros estudos, como o de Chehuen Neto *et al.* (2018), que evidenciaram em sua amostra a maioria dos idosos com renda familiar de até 2 salários mínimos, renda proveniente em grande parcela, de aposentadorias. O idoso, se contribuinte da Previdência Social, tem por direito a aposentadoria, ou mesmo em decorrência de alguma invalidez, doença ou acidente que afete permanentemente a sua funcionalidade. Ainda, em tal contexto, têm-se o número de pessoas pensionistas, garantia que os cônjuges recebem em casos de falecimento do contribuinte (SILVA; WIESE, 2016).

Contatou-se neste estudo, parcela significativa de idosos analfabetos. Percebe-se na literatura que a taxa de analfabetismo é maioria entre as faixas etárias mais avançadas, principalmente quando direcionado à região Nordeste, que apresenta em algumas localidades uma dinâmica de vida bem mais próxima à zona rural (PERES, 2011; FERRREIRA; RODRIGUES, 2016). Além da problemática de que boa parte da população começa a trabalhar antes dos 15 anos, abandonando os estudos para ir em busca de seu sustento (ANDRADE *et al.*, 2018).

5.2 QUALIDADE DE VIDA

A tabela 2 evidencia os resultados relacionados a qualidade de vida, avaliada utilizando-se dos escores do instrumento WHOQOL-OLD, onde foram encontrados os seguintes resultados:

Tabela 2: Descrição da Tabela quanto ao valor total do WHOQOL-OLD.

<i>Classificação</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Necessita melhorar	33	21,3
Regular	120	77,4
Boa	2	1,3
Total	155	100

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

De acordo com o módulo de medida WHOQOL-OLD, há prevalência de idosos que avaliaram sua QV com escore regular, correspondente a uma avaliação nem satisfatória nem insatisfatória. Condizente com a percepção de QV do estudo de Pilger *et al.* (2017), que apresentou um escore médio total regular. O envelhecimento pode vir acompanhado com alterações no funcionamento do corpo e mente, ocasionando limitações, e modificações de respostas fisiológicas nos idosos, que agravam-se quando correlacionados a presença de comorbidades ou doenças neurodegenerativas (SEBASTIÃO; ALBURQUEQUE, 2011). Portanto, é de suma importância monitorar a qualidade de vida desse grupo.

A análise do WHOQOL-OLD estabelecida, foi através da média. Após a chegada do escore final, é realizado a análise a partir de um escore total do módulo em: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (ANEXO F). Permitindo que assim fosse realizada uma investigação sobre o parâmetro dos idosos em cada uma das facetas, ilustrado na tabela abaixo.

Tabela 3: Descrição das médias de cada faceta do questionário WHOQOL-OLD.

<i>Facetas</i>	<i>Médias</i>	<i>Classificação</i>
Funcionamento do sensorio	2,6	Necessita melhorar
Autonomia	3,7	Regular
Atividades presentes, passadas e futuras	3,6	Regular
Participação social	3,5	Regular
Morte e morrer	2,2	Necessita melhorar
Intimidade	3,9	Regular

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

O resultado da média do escore da faceta “funcionamento sensorial”, obteve média no escore total correspondente a uma QV que necessita melhorar. Divergindo do estudo de Paula *et al.* (2016), que apresentou uma QV boa com média de 4,5 na faceta em discussão. Interpreta-se que os idosos desse estudo não estão com o funcionamento dos sentidos em melhor condição.

Declínio sensorial pode ser consequência da própria senescência, marcada por alterações no funcionamento corporal, onde com o tempo os receptores dos órgãos dos sentidos vão perdendo as reações prontas da sensibilidade, acuidade, audição e detecção, consequência da redução gradual na densidade dos receptores e do número de células receptoras, de tal forma que vai reduzindo a funcionalidade e capacidade normal do sistema, e consequentemente manifestam sinais de deterioração (CRIBARI, 2014; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014). Circunstância que produz um efeito devastador na vida desse idoso, ocasionando condições incapacitantes, pois limita o indivíduo de desempenhar certas ações dependentes do bom funcionamento desse sistema.

Quanto a faceta “autonomia”, o valor obtido indica uma QV regular. Classificação correspondente ao do estudo de Melo *et al.* (2013), que apresenta na análise a autonomia como, nem ruim, nem boa.

A autonomia, corresponde ao poder de tomar decisões sobre sua própria vida. As convicções dos idosos devem ser respeitadas, porém, o processo de tomada de decisões desse grupo é reprimido, contexto característico dos familiares, que julgam a velhice como um tempo para descanso, privando o idoso de decidir sobre sua vida e vontades (REIS; TRAD, 2015; RABELO; NERI, 2016). Fato que condiciona o idoso a se sentir incapaz, desta forma, a interferência na autonomia da pessoa idosa compromete na QV.

O escore obtido na faceta “atividades passadas, presentes e futuras”, determina um índice que não se classifica como boa ou ruim, mas regular. O qual corrobora com o estudo de Braz, Zaia e Bittar (2015), que apresentou o mesmo escore, porém ao comparar a faceta, entre idosos que participam e não participam de grupos de convivência, houve um aumento no valor do escore dos idosos que participam do grupo de convivência, demonstrando que a participação social pode interferir na perspectiva de QV do idoso quanto a sua satisfação na vida e em projetos futuros.

Além da perda da capacidade funcional do idoso, que pode ser em detrimento do processo de envelhecimento e/ou pela presença de patologias e comorbidades, contribuindo para um impacto negativo na QV, em razão de que perpassa sobre o indivíduo um sentimento de incapacidade, ao sentir-se inútil para realizar suas atividades diárias (TAVARES; DIAS, 2012).

Em relação a faceta “participação social”, a classificação foi referente à uma QV regular, condizente ao do estudo de Reis *et al.* (2015), que evidenciaram a faceta em questão com escore regular de QV, e em comparação com as demais facetas, se destacou por apresentar o menor valor.

O sentimento de solidão e falta de motivação, pode ser um dos fatores que favorece a resistência à participação de atividade grupais, em comunidade. A participação social, é um domínio que necessita de melhoras, principalmente com relação a contribuição que pode propor na QV do idoso, ao propiciar encontros que gerem uma convivência, favorecendo em suas relações sociais, sentimentos de amizade e afeto, revertendo o isolamento social e conseqüentemente reintegrando o idoso na sociedade (SANTOS *et al.*, 2015).

A faceta “morte e morrer” apresentou o menor valor no escore, condizente a classificação “necessita melhorar”, mostrando que os idosos referiram que há uma influência na QV sobre esse ponto. Resultado correspondente ao estudo de Guedes e Hatmann (2013).

A visão de morte e morrer para o idoso, não está implícita no quesito “medo de morrer”, mas em sofrer dor antes de morrer. Os idosos são mais susceptíveis a dores, principalmente às dores crônicas, que podem ser causadas por doenças como osteoporose, lombalgias, fraturas, entre outros, capaz de comprometer a capacidade funcional, levando a dependência e perda da autonomia, diminuindo dessa forma significativamente a qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2012).

A faceta que se destacou com melhor pontuação no escore foi a de “intimidade”, classificando-se como regular, expressando uma melhor satisfação nesse parâmetro.

Resultado semelhante ao do estudo de Marchiori, Dias e Tavares (2013), que apresentou escore médio regular na faceta, e ressalta que a justificativa pode estar relacionada a ausência ou presença de um companheiro, pois em sua pesquisa a QV na intimidade dos idosos sem companheiros foi significativamente menor em relação aos com companheiros.

Comprovado no estudo de Gonçalves *et al.* (2013), que embora a faceta intimidade tenha se destacado com menor escore, o seu resultado foi atribuído à condição de os participantes idosos terem sido boa parte viúvos, solteiros ou separados.

Em relação aos índices de QV, os dados obtidos estão em consonância com demais estudos, considerando que as facetas de funcionamento sensorial e morte e morrer, necessitam ser reavaliadas quanto ao enfrentamento dos idosos diante das dimensões em evidência.

5.3 MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Na Tabela 4 encontra-se exposto os valores absolutos total obtidos na MIF, quanto ao nível de independência:

Tabela 4: Valores absolutos da MIF total e nível de independência

<i>Nível de independência</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Independente	145	93,5
Dependência modificada	10	6,5
Completa dependência	0	0
Total	155	100

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

Os resultados evidenciam que a maioria dos idosos foram classificados como “independentes”, capacidade funcional predominante, com média do MIF total equivalente a 119,05, equivalente a somatória das dimensões. Proporcional ao resultado do MIF total do estudo de Lima, Araujo e Scattolin (2016) que obteve escore de 121,5, classificando-se com grau de independência.

Quanto a apresentar algum nível de dependência, parcela inferior classificou-se com dependência modificada, que implica dizer que uma pequena porcentagem dos idosos necessitam de supervisão para realizar atividades de sua vida diária ou de assistência, seja ela mínima ou moderada. Apesar de em diversos estudos, associarem o idoso a um crescente

índice de dependência, divergindo da pesquisa, que demonstra maior número dos participantes funcionalmente independentes (FERREIRA *et al.*, 2010).

Tabela 5: Descrição dos domínios e dimensões da MIF, com suas respectivas médias obtidas.

<i>Domínios e Dimensões</i>	<i>Médias</i>
Autocuidado	40,43
Controle de esfíncter	13,77
Transferência	20,03
Locomoção	12,6
MIF Motora	86,83
Comunicação	13,27
Cognição social	18,95
MIF cognitiva	32,22
Total	119,05

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

Os resultados revelaram escores médios elevados quanto aos domínios motor e cognitivo, apresentando pouca variação quanto ao valor máximo de seus escores. A MIF motora obteve média total de 86,83, corroborando com o estudo de Alvarenga *et al.* (2011), ambas atingiram valores muito próximo do valor máximo, sugerindo uma independência para a realização das atividades básicas de vida diária.

O escore total do MIF motor, engloba as dimensões: autocuidados, controle de esfíncter, transferência e locomoção. De acordo com os resultados obtidos nas dimensões que compõe o domínio, revelaram uma discreta alteração em seus escores em comparação ao valor máximo.

Disparidade que pode estar relacionada em razão da diminuição da capacidade funcional, seja por consequência de uma queda, ou do processo de envelhecimento associado com a idade avançada, que podem interferir nas atividades cotidianas e em sua locomoção, e em grande parcela condiciona o idoso a utilizar de tecnologias assistivas, como: talheres adaptados, barras de apoio, próteses, bengala, cadeira de rodas, óculos, aparelho auditivo, entre outros, dispositivos que promovam vida independente, auxiliando o indivíduo no desempenho de tarefas (FHON *et al.*, 2012; SCATOLIM *et al.*, 2016). O uso dessas

tecnologias, é classificada como uma independência modificada, que provoca uma diminuição na pontuação do instrumento.

Quanto a dimensão controle de esfíncteres, o estudo de Costa, Aere e Guariento (2014), constatam uma associação com o avançar da idade, que condiciona o surgimento de alterações que comprometem a funcionalidade dos sistemas responsáveis pelo controle dos processos de excreção (fezes e urina), bem como poder ser consequência de um Acidente Vascular Cerebral.

A MIF cognitiva obteve média total de 32,22, pontuação muito próxima do valor máximo, dado que está em concordância com o estudo de Lima, Araujo e Scattolin (2016), expressando uma preservação das funções cognitivas do idoso.

Assim como a MIF motora, a MIF cognitiva revelou em seu resultado pouca variação em suas dimensões. Na dimensão cognição social, houve uma variação discreta em seu valor.

Os idosos queixam-se demasiadas vezes quanto a problemas de esquecimento e dificuldades em memorizar informações, que podem ser em decorrência do processo do envelhecimento, pois há um declínio natural no funcionamento do corpo e no cérebro, com ênfase em suas funções executivas, ocasionando um declínio no cognitivo, comprometendo nas tarefas que requerem, atenção, concentração, foco e rapidez, interferindo na cognição social. Tendem a ser mais severas entre idosos de mais idade e/ou com alguma doença neurodegenerativa (OLIVEIRA; SILVA; CONFORT, 2017).

Quanto a comunicação, pode ser em razão do comprometimento sensorial em idosos, que sofrem perdas graduais nos sentidos, principalmente os sistemas vestibular e visual. O impacto nesses sistemas afeta a qualidade de vida dos idosos, que buscam como alternativa para o ajustamento do desequilíbrio na visão e audição, utilizar de aparelho auditivo e óculos de grau (LAMAS; PAÚL, 2013). Condições que afetam a maneira do idoso se comunicar e expressar, pois prejudica a compreensão da fala e comunicação por meio de imagens e expressões.

Os resultados da análise evidenciam uma perspectiva boa da dependência funcional quanto ao resultado obtido no MIF, que apresenta idosos com capacidades preservadas, destacando-se o nível de independência, e as alterações que foram observadas no resultado podem estar interligadas ao declínio de alguns sistemas que ocorrem na fase de envelhecimento.

5.4 SENTIDO DE VIDA

O SV é um importante parâmetro a ser analisado, que nos permite avaliar quanto ao bem-estar psicológico do indivíduo, e como tal achado está refletindo na qualidade de vida. Há uma relação em que a falta de sentido de vida, pode estar sendo associada com maiores níveis de depressão, ideação suicida, dentre outros. Salientar, que sozinho ele não tem o poder de regular o comportamento, mas ele direciona o indivíduo, impulsionando-o a superar mais facilmente eventos estressores ou situações de dificuldades, mudando a sua visão sobre determinada situação (PEREIRA, 2007; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

A análise levou em consideração o valor referente ao coeficiente *alfa de Cronbach* (α). O α -Cronbach fornece uma análise descritiva completa das respostas, e avalia quanto a confiabilidade do questionário do estudo (CORTINA, 1993). As variâncias obtidas em cada questão para o cálculo do α -Cronbach, encontram-se abaixo expostas na tabela:

Tabela 6: Descrição das variâncias obtidas no PIL-Test 12.

<i>Questões do PIL-Test 12</i>	<i>Variâncias</i>
-Geralmente estou completamente aborrecido.	3,316
-A vida para mim parece sempre empolgante.	1,955
-Tenho na vida metas e objetivos muito claros.	2,408
-Minha experiência pessoal é inteiramente sem sentido ou propósito.	2,318
-Todo dia é constantemente novo.	4,084
-Se eu pudesse escolher preferiria nunca ter nascido.	1,564
-Quanto a alcançar metas na vida, não tenho feito nenhum progresso.	1,991
-Minha vida é vazia, preenchida só com desespero.	2,025
-Se eu morresse hoje, sentiria que minha vida foi muito valiosa.	1,082
-Quanto ao suicídio, tenho pensado seriamente ao seu respeito como saída.	1,824
-Encarar minhas tarefas diárias é uma fonte de prazer e satisfação.	0,963
-Não descobri qualquer missão ou propósito de vida.	2,156
-Soma das variâncias de cada item.	25,686
-Variância total.	80,919
- α -Cronbach	0,75

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

O α -Cronbach é utilizado no sentido de vida mediante três fatores: I = Vazio existencial ($\alpha = 0,78$), II = Realização existencial ($\alpha = 0,75$) e III = Desespero existencial ($\alpha = 0,65$) (AQUINO *et al.*, 2015). O resultado obtido no estudo classifica realização existencial, para este fator constata-se que há sentido de vida entre a maioria dos idosos participantes, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Melo *et al.* (2013).

Além de demonstrar que há confiabilidade no estudo, pois considera-se que há consistência interna quando o instrumento de pesquisa obtém $\alpha = 0,70$ ou valores superiores.

Demonstrando que os valores observados são verdadeiros, e as medições estão isentas de erros que possam comprometer a pesquisa (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Um percentual de 83,3% dos idosos apresentaram escore médio correspondente a existência de realização existencial, e 16,7% dos idosos obtiveram escore médio correspondente a vazio existencial. Coerentemente, ao estudo de Melo *et al.* (2013), que também expressaram em seus resultados nível alto de realização existencial e baixo de vazio existencial.

O sentido de vida, proporciona uma razão para querer estar vivo, batalhar sobre o que se almeja, contribuindo na qualidade de vida psicológica e no enfrentamento das adversidades da vida. Esse (SV) é subjetivo, própria de cada um, tem pessoas que encontra na sua religiosidade, na família, são razões que permitem manter um equilíbrio, e ter em sua vida um sentido para sua existência (SOUZA *et al.*,2018).

5.5 IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Dos idosos participantes do estudo, 51% eram hipertensos, dado que nos permite observar o crescente número de HAS entre idosos, como ressalta o estudo de Machado *et al.* (2017), que identifica a HAS como a doença crônica não transmissível mais prevalente entre os idosos da sua pesquisa.

A tabela a seguir, demonstra a associação de variáveis “Possuir ou não possuir hipertensão” e idade, sexo e conjuntura familiar, conforme o resultado obtido nos instrumentos. Em todos os casos, o nível de significância $p < 0,05$ foi adotado.

Tabela 7: Associação de variáveis “Possuir ou não possuir hipertensão” e idade, sexo e conjuntura familiar.

GRUPO	IDADE			SEXO		CONJUNTURA FAMILIAR	
	60 a 70	71 a 80	81 a 95	Masculino	Feminino	Sozinho	Acompanhado
Idosos com HAS	41,8%	48,1%	10,1%	26,6%	73,4%	17,7%	82,3%
Idosos sem HAS	60,5%	26,3%	13,2%	32,9%	67,1%	23,7%	76,3%
Valor de p	0,86			0,80		0,48	

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

Quanto a faixa etária, o grupo de idosos hipertensos apresentaram predominância entre 71 a 80 anos, que corrobora com a prevalência de HAS na população brasileira ≥ 18 anos do estudo de Andrade *et al.* (2015), que apresentou maior percentual entre indivíduos com 75 e mais anos de idade. Enquanto no grupo de idosos sem hipertensão a porcentagem foi maior entre a faixa etária de 60 a 70 anos, resultado observado no estudo de Martins e Tavares (2015), entretanto diverge no achado do grupo com HAS, que apresentou o maior percentual, para ambos os grupos, entre 60 a 70 anos.

O grupo com HAS, teve prevalência do sexo feminino, índice encontrado também no estudo de Andrade *et al.* (2014), onde as mulheres obtiveram maior percentual da HAS que os homens. Fator que pode estar interligado a procura mais constante da mulher ao sistema de saúde, lhe permitindo ter a doença hipertensiva diagnosticada, já os homens são mais displicentes com a sua saúde, e não buscam por atendimento, razões que justificam a maior expectativa de vida entre as mulheres, sobrevivida que também influencia na maior vulnerabilidade em ser acometido por alguma doença crônica não transmissível ao longo do tempo (BORIM; GUARIENTO; ALMEIDA, 2011; MENDES; MORAES; GOMES, 2014).

O sexo feminino também foi prevalente no grupo de idosos sem HAS, que pode ser em razão do alto número de idosos do sexo feminino que participaram da pesquisa, porém o percentual é inferior ao valor obtido no grupo com HAS, fortalecendo o achado na literatura, sobre o acometimento de hipertensão ser elevado na população idosa feminina. Com relação aos idosos do masculino, o percentual foi elevado no grupo sem HAS, onde observa-se menor incidência da HAS nesse sexo.

Quanto a conjuntura familiar, ambos os grupos tiveram maior percentual de idosos casados. Resultado semelhante ao encontrado no estudo de Tavares *et al.* (2011) que houve prevalência do estado conjugal nos dois grupos.

A presença de um companheiro, é apontado como uma importante estratégia no cuidado com cônjuge, contribuindo para o tratamento de alguma comorbidade, diante do apoio diário na mudança de hábitos, no acompanhamento do itinerário terapêutico, no uso das medicações, dentre outros, possibilitando uma melhor adesão do indivíduo ao autocuidado (BARRETO; MARCON, 2014).

Quanto ao resultado dos idosos na MIF, que avalia a independência; e o WHOQOL-OLD, que avalia a autopercepção da QV, em ambos os grupos: com e sem HAS, encontram-se em destaque na tabela abaixo:

Tabela 8: Descrição dos resultados obtidos no grupo de idosos com HAS e no grupo de idosos sem HAS.

GRUPO	MIF		WHOQOL-OLD		
	Independência	Dependência modificada	Necessita melhorar	Regular	Boa
Idosos com HAS	94,9%	5,1%	21,5%	77,2%	1,3%
Idosos sem HAS	92,1%	7,9%	21,1%	77,6%	1,3%
Valor de p	0,79		0,001		

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras-PB, 2018.

Observou-se que quanto ao MIF dos idosos, o grupo sem HAS e com HAS, apresentaram independência no seus escores. Resultado igualmente encontrado no estudo de Gavasso e Beltrame (2017), onde os idosos com HAS da sua pesquisa foram classificados em maioria como independentes.

Ao avaliar as doenças e situações que interferem e comprometem no desempenho funcional do idoso, a literatura destaca com maior incidência a demência, doenças ostearticulares, sequelas de Acidente Vascular Encefálico, entre outros (DANTAS *et al.*, 2013). Mas quanto a HAS, seu comprometimento é enfatizado quando não se mantém o controle sobre os níveis pressóricos, além do uso das medicações anti-hipertensivas, que podem ocasionar efeitos adversos como, tontura, hipotensão postural, e assim propiciar desequilíbrio no desempenho funcional do idoso (MAESHIRO *et al.*, 2013).

O resultado quanto a QV avaliada, aponta que ambos os grupos classificaram-se como regular, idosos com HAS e sem HAS, sendo a associação de variáveis estatisticamente significativa ($p=0,01$). Observa-se que o grupo com HAS apresentou menor percentual quanto a avaliação regular em comparação ao sem HAS, diferença que foi somada para o parâmetro “necessita melhorar”, observando uma percepção mais negativa dos idosos hipertensos sobre sua QV. Resultado que diverge do encontrado no estudo de Tavares *et al.* (2011), que ambos os grupos apresentaram QV boa, ressaltando que o percentual dos idosos sem HAS evidenciou-se com maior autoavaliação positiva.

Supõe-se que os idosos do estudo não reconhecem sua QV de forma satisfatória, principalmente em relação aos idosos com HAS, no qual identificou uma percepção mais negativa. Logo a presença da doença crônica HAS, pode influenciar negativamente na avaliação da QV, impacto que pode ser relacionado com a dependência de medicações, tratamento contínuo, mudanças de hábitos de vida, e seus fatores de risco (RABELO *et al.*, 2010).

O idoso hipertenso, mantém uma dependência funcional satisfatória quando esta encontra-se controlada, não interferindo na sua capacidade de realizar suas atividades de forma independente. Entretanto, apresentam uma percepção mais negativa de sua QV em comparação ao idoso sem HAS, indicando que a presença da doença crônica pode comprometer na satisfação sobre a vida pessoal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou avaliar a qualidade de vida dos idosos, o qual obteve classificação regular, entretanto se destacaram as facetas: “morte e morrer” e “funcionamento do sensório”, que apresentou classificação de necessita melhorar. Logo há necessidade de se trabalhar com esses parâmetros, de modo a converter o baixo índice. No que se refere a dependência funcional, evidenciou-se a classificação de independência, em que as MIF motora e cognitiva destacaram uma alteração discreta em seus escores, que pode ser associado ao comprometimento funcional como resultado do envelhecimento. Em relação ao sentido de vida, os idosos do estudo apresentaram escore com predominância de realização existencial, portanto os idosos mostram uma autopercepção positiva de sua vida, atuando como recurso psicológico protetor.

No tocante aos resultados em consideração aos grupos de idosos com e sem hipertensão, quanto a independência funcional, não houve diferença, as alterações que foram observadas nos resultados dos domínios, mesmo que insignificante estatisticamente, podem estar interligadas ao declínio de alguns sistemas próprio do envelhecimento. Quanto a qualidade de vida, a classificação regular se fez presente nos dois grupos em questão, indicando índice médio em relação a qualidade de vida, havendo uma percepção mais negativa nos idosos hipertensos. O questionamento quanto ao sentido de vida nos idosos do estudo, apresentou-se de forma positiva ao obter-se como resultado da maioria a presença de realização existencial, que reflete na independência e na qualidade de vida desses idosos.

A hipertensão arterial sistêmica, desencadeia sintomas que inicialmente não apresentam relevância para o indivíduo, que posterga a procura por atendimento, em razão dessa problemática se faz necessário um acompanhamento maior desses idosos, principalmente para os do sexo masculino, que não procuram o serviço de saúde com regularidade, e dessa forma muitos acabam por desconhecer o diagnóstico de hipertensão, ou demais comorbidades.

O enfermeiro como profissional responsável pela gestão do serviço de saúde da Estratégia de Saúde da Família, deve direcionar suas ações a esse público, desenvolvendo estratégia que busquem melhorar a qualidade de vida desses idosos, que apresenta até o momento uma percepção não tanto satisfatória. Tendo em vista a presença de sentido de vida por grande parte dos participantes, essa deveria ser uma estratégia a ser trabalhada com esses idosos, com ênfase aos hipertensos, de modo a enfrentar as adversidades oriundas do envelhecimento e da presença de comorbidades, fazendo-o reconhecer um sentido maior por

trás destes questionamentos vivenciados, e trazer pra si ensinamentos que lhe possibilitem mudar a seu favor as circunstâncias de vida no qual se encontra.

Além de contribuir diretamente no conhecimento científico, que pode adotar pra si, o uso do sentido de vida na abordagem desses idosos, e facilitar a atuação dos profissionais em saúde a esse determinado grupo, que detém de particularidades que precisam ser trabalhadas com mais atenção. Favorecendo também quanto ao conhecimento prévio dessas questões, o público jovem, que futuramente serão idosos, trabalhando com a promoção e prevenção em saúde.

As limitações na realização da pesquisa, estão relacionadas a resistência dos profissionais agentes de saúde em acompanhar as pesquisadoras nas residências dos idosos, que por não conhecer as mesmas, recusava-se a participar do estudo em razão da necessidade de assinatura.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, principalmente no que diz respeito a investigar de forma direcionada outras condições limitadoras que venham a comprometer a qualidade de vida e independência do idoso.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. V. *et al.* A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social *. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115–131, 2015. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.
- ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 3, p. 478–485, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20944>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.
- ANDRADE, A. O. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 27, n. 3, p. 303-311, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40838483003.pdf>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.
- ANDRADE, E. L. G. *et al.* Fatores associados ao recebimento de aposentadorias entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Rev Saúde Pública**, supl 2:15s, p. 1–12, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300515&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.
- ANDRADE, N. *et al.* Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 12, p. 748-56, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/04.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2018.
- ANDRADE, S. S. A. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n2/297-304/pt>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.
- AQUINO, T. A. A. **Atitudes e intenções de cometer suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2009. Disponível em: <http://vvgouveia.net/en/images/Teses/Aquino_T._A._A._2009.pdf.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2018.
- AQUINO, T. A. A. *et al.* Questionário de sentido de vida: evidências de sua validade fatorial e consistência interna. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 4–19, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00004.pdf>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <<http://webserver.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2018.
- BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

BARRETO, M. S.; MARCON S. S. Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 38-46, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00038.pdf>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

BERGAMASCHI, D. P.; SOUZA, J. M. P.; HINNIG, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular.** Bioestatística aplicada à Nutrição. FSP/ USP, 2010. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~denisepb/es5101/Apostila.pdf>>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

BORIM, F. S. A.; GUARIENTO, M. E.; ALMEIDA, E. A. Perfil de adultos e idosos hipertensos em unidade básica de saúde *. **Rev Bras Clin Med.**, v. 9, n. 2, p. 107–111, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1832.pdf>>. Acesso em: 25 de novembro de 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 12, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre envelhecimento no Brasil.** 2013 Brasília – DF. Disponível em: <<https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/direitos-da-pessoa-idosa/publicacoes/dadosobreoenvelhecimentonobrasil.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

BRAZ, I. A.; ZAIA, J. E.; BITTAR, C. L. M. Percepção da qualidade de vida de idosas participantes e não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 20, n. 2, p. 583-596, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

BRITO, M. C. C. *et al.* Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 161–178, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

CAMARGOS, M. C. S. *et al.* Perfil de saúde dos idosos de Minas Gerais: uma análise com dados da PAD-MG de 2011. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 3, n. 1, p. 103–121, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/ARTIGO-9-P.-105-123-%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/ARTIGO-9-P.-105-123-%20(1).pdf)>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

CARLETO, D. G.; SANTANA, C. S. Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 73–91, 2017. Disponível em:

<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31907>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 167 p. ISBN: 978-85-60914-25-8. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

CHAVES, R. N. *et al.* Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em Instituições de Longa Permanência*. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48497/pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

CHEHUEN NETO, J. A. C. *et al.* Percepção sobre queda e exposição de idosos a fatores de risco domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1097-1104, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000401097&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 de novembro de 2018.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 3, p. 330–338, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000300330&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

CORTINA, J. M. What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. **Journal of Applied Psychology**, v. 78, n. 1, p. 98-104, 1993. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.527.7772&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

COSTA, A. M.; AERE, C. L.; GUARIENTO, M. E. Autorrelato de quedas e fatores associados em idosos assistidos na Atenção Primária no Município de Campinas, SP. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 42, p. 29–35, 2014. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2502>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

CRIBARI, J. **Qualidade de vida em um grupo de idosos com perda auditiva e queixa de zumbido**: contribuições da sistematização da assistência de enfermagem. Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://tede.utp.br:8080/jspui/handle/tede/1463>>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

CRUMBAUGH, J. H.; MAHOLICH, L. T. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 20, n. 2, p. 200- 207, 1964. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c9af/8dd8be54aa070ac5a9b6190b205c49f957a3.pdf>>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

DANTAS, A. P. A.; CALOBRIZI, A. D. D. Viúvos idosos: como fica a vida vivendo só?. **RIPE**, v.10, n. 17, p. 01-36, 2006. Disponível em: <<http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/59>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018

DANTAS, C. M. H. L. *et al.* Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 914-920, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600016>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

ESQUENAZI, D.; SILVA S. R. B.; GUIMARÃES, M. A. M. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista HUPE**, v. 13, n. 2, p. 11–20, 2014. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=467>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012. Disponível em: <<http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n4/30.pdf>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

FERREIRA, V. A.; RODRIGUES, M. F. Educação de jovens e adultos: modalidade de ensino e direito educacional. **RBP AE**, v. 32, n. 2, p. 571–583, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/63262>>. Acesso em: 23 de outubro de 2018.

FHON, J. R. S. *et al.* Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. **REV. Latino-Am-enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 1–8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_15.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2018.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600007>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016>. Acesso em: 25 de abril de 2018.

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, p. 1–8, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido de vida: fundamentos de Logoterapia e análise existencial**. 3. ed. São Paulo: Quadrante, 1989.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3,

p. 399-409, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00398.pdf>. Acesso em: 2 de novembro de 2018.

GLASSOCK, R.; DENIC, A.; RULE, A. D. Quando os rins envelhecem: um ensaio em nefrogeriatria. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 39, n. 1, p. 59–64, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n1/pt_0101-2800-jbn-39-01-0059.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

GONÇALVES, L. T. H. *et al.* Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838811011.pdf>>. Acesso em: 9 de novembro de 2018.

GRATÃO, A. C. M. *et al.* Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 137–144, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100017>. Acesso em: 16 de abril de 2018.

GUEDES, D. P.; HATMANN, A. C. Associação entre atividade física e qualidade de vida em idosos. **Boletim SPEF**, n. 37, 2013. Disponível em: <<https://boletim.spef.pt/index.php/spef/article/view/252/239>>. Acesso em: 9 de novembro de 2018.

HEDLER, H. C. *et al.* Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p. 143–153, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802016000100143&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos**. 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>>. Acesso em: 14 de novembro de 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: sinopse do censo e resultados preliminares do Universo. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

LAMAS, M. C.; PAÚL, C. O envelhecimento do sistema sensorial: implicações na funcionalidade e qualidade de vida. **Actas de Gerontologia**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/27673842/O_envelhecimento_do_sistema_sensorial_implica%C3%A7%C3%B5es_na_funcionalidade_e_qualidade_de_vida>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

LEVORATO, C. D. *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

LIMA, B. M.; ARAUJO, F. A.; SCATOLLIN, F. A. A. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 168–175, 2016. Disponível em:

<<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/907>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

MACÊDO, A. M. L. *et al.* Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 358–363, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

MACHADO, W. D. *et al.* Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Ciência e Saberes-Facema**, v. 3, n. 2, p. 444–451, 2017.

Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194>>. Acesso em: 22 de outubro de 2018.

MAESHIRO, F. L. *et al.* Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 4, p. 389–394, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/v26n4a14>>. Acesso em: 22 de novembro de 2018.

MARCHIORI, G. F.; DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev enferm UFPE**, v. 7, n. 4, p. 1098–1106, 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11585/13608>>. Acesso em: 28 de outubro 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo; Atlas, 2010.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. A saúde do homem nos serviços de atenção primária: desafios culturais e organizacionais. **Cadernos ESP**, v. 9, n. 2, p. 40–52, 2015. Disponível em:

<<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/368>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

MARTINS, N. P. F.; TAVARES, D. M. S.; Comportamentos de saúde e variáveis antropométricas entre idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. **Texto Contexto Enferm**, v. 24, n. 1, p. 47–54, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00047.pdf>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

MELO, R. L. P. *et al.* O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 222–230, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722013000200002&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

MENDES, G. S.; MORAES, C. F.; GOMES, L. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273–278, 2014. Disponível em:

<<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/795/641>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67–73, 2010.

Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

MOREIRA, R. M. *et al.* Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 27–38, 2013. Disponível em:

<http://www.fufs.edu.br/admin/anexos/10-02-2015_20_43_08_.pdf>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Rev. Ciênc. Ext.**, v.6, n.1, p.40, 2010.

Disponível em: <<file:///C:/Users/Pessoal/Downloads/324-2174-3-PB.pdf>>. Acesso em: 06 de novembro de 2018.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 46, n. 3, p. 256–272, 2013. Disponível em:

<http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

OLIVEIRA, A. S. A.; SILVA, V. C. L.; CONFORT, M. F. Benefícios da estimulação cognitiva aplicada ao envelhecimento. **Rev. Episteme Transversalis**, v. 8, n. 2, p. 16–31, 2017. Disponível em:

<<http://revista.ugb.edu.br/index.php/episteme/article/view/866>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

OLIVEIRA, C. C. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

Revista Virtual Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 5, n. 6, p. 1–20, 2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/1035/814>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

OLIVEIRA, E. K. S.; SILVA, J. P. Sentido de vida e envelhecimento: relação entre os pilares da logoterapia e bem estar psicológico. **Revista Logos & Existência**, v. 2, n. 2, p. 135-146, 2013. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/view/16817/10100>>. Acesso em: 29 de novembro de 2018.

PAULA, C. L. M. *et al.* Qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de

convivência no município de São Mamede – PB. **REBES**, v. 6, n. 2, p. 1–7, 2016. Disponível em:

<<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4018>>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 18, n. 4, p. 893–908, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000400893&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 23 de novembro de 2018.

PEREIRA, I. S. A vontade de sentido na obra de Viktor Frankl. **Psicologia USP**, v. 18, n. 1, p. 125–136, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n1/v18n1a07.pdf>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n. 3, p. 631–661, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000300011>. Acesso em: 29 de outubro de 2018.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo (2008).

PILGER, C. *et al.* Bem estar espiritual e qualidade de vida de idosos em tratamento hemodialítico. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 721-7299, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0689.pdf>. Acesso em: 15 de novembro de 2018.

POLLAK, N.; RHEAULT, W.; STOECKER, J. L. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 77, n. 10, p. 1056-61, 1996. Disponível em: <[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(96\)90068-4/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(96)90068-4/pdf)>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed., Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

RABEH, S. A. N.; NOGUEIRA, P. C.; CALIRI, M. H. L. Funcionamento intestinal e a relação com a independência funcional de indivíduos com lesão medular. **Coluna/Columna**, v. 12, n. 2, p. 153–156, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1808-18512013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 de novembro de 2018

RABELO, D. F. *et al.* Qualidade de vida, condições e auto- percepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 115–130, 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5370>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. **Psico-USF**, v. 21, n. 3, p. 663–675, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712016000300663&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 de novembro de 2018.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Revista Psicologia - Teoria e Prática**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 28–41, 2015. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6992/5526>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

- REIS, S. P. *et al.* Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. **JCBS**, v. 1, n. 2, p. 56–60, 2015. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3NmEQItA4-MJ:publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/download/29/ESTUDO%2520DA%2520QUALIDADE%2520DE%2520VIDA%2520DE%2520IDOSOS%2520N%25C3%2583O%2520INSTITUCIONALIZADOS+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.
- RIBEIRO, D. K. M. N. *et al.* Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 1, p. 89–95, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/103165>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.
- RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=322>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.
- RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102481>>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.
- RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102005000400021&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.
- ROSA, C. M.; VILHENA, J. Envelhecimento e seus possíveis destinos: uma reflexão acerca do trabalho do negativo. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 47.1, p. 112–133, 2015. Disponível em: <http://revista.spid.com.br/index.php/tempopsicanalitico/article/view/41/pdf_38>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.
- SANTOS, F.C. *et al.* Síndrome de amplificação dolorosa no idoso: relato de caso e revisão da literatura. **Revista dor**, v.13 n. 2, p. 175-182, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132012000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.
- SANTOS, P. M. *et al.* Lazer e participação de homens em grupos de convivência para idosos de Florianópolis (SC): motivações e significados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 173–191, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26827>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.
- SANTOS, P. M. Principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida de idosos no Brasil: vantagens e desvantagens na utilização. **Corpoconsciência**, Cuiabá-MT, v. 19, n. 2, p. 25–36, 2015. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/corpoconsciencia/article/view/3948/2815>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

SCATOLIM, R. L. *et al.* Legislação e tecnologias assistivas: aspectos que asseguram a acessibilidade das pessoas com deficiências. **Rev. NEaD-Unesp**, v. 2, n. 1, p. 227–248, 2016. Disponível em: <<https://ojs.ead.unesp.br/index.php/nead/article/view/InFor2120161>>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

SEBASTIÃO, C.; ALBUQUERQUE, C. Envelhecimento e dependência. Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 25-49, 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10048>>. Acesso em: 18 de novembro de 2018.

SILVA, L. S.; WIESE, M. L. A condição de dependência da pessoa idosa na dinâmica familiar a partir do serviço de urgência e emergência. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 9, n. 1, p. 8-24, 2016. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/370/330>>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 16 de Abril de 2018.

SOUZA, J. P. B. *et al.* Espiritualidade enquanto estratégia subjetiva em busca de sentido para a vida. p. 505–518, 2018. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v.12, n. 39, p. 505-518, 2018. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1010>>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

TAVARES D. M. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos com e sem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 211-8, 2011. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a07.htm>>. Acesso em: 12 de novembro de 2018.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. S. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida d idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 1, p. 112–120, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013>. Acesso em: 21 de novembro de 2018.

VIEIRA, C. P. B. *et al.* Prevalência e caracterização de feridas crônicas em idosos assistidos na atenção básica. **Rev baiana enferm**, v. 31, n. 3, p. 1–13, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17397/15008>>. Acesso em: 26 de novembro de 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) no estudo **SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**, sob a responsabilidade da acadêmica **GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA**, coordenado pelo professor **PROF^a MA. CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA**, vinculado à **UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo, **analisar o sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica**, e se faz necessário, **pois a população idosa, tem se evidenciado em grande numerosidade em nossa estrutura populacional, em detrimento dessa evolução, é essencial a busca por condutas e recursos que possam intervir para uma maior sobrevivência da população, e contribuir diretamente no conhecimento científico, facilitando a atuação dos profissionais em saúde a esse determinado grupo, que detém de particularidades que precisam ser trabalhadas com mais atenção**.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos:

O pesquisador apresentará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, juntamente com os objetivos da pesquisa, e pedirá a assinatura do participante, confirmando sua aceitação em contribuir com o estudo. Inicialmente têm-se a aplicação do MEEM, para avaliação da capacidade mental do idoso, após ser considerado apto, é prosseguido a investigação. Sendo incluso também, a aplicação do Sócio demográfico, útil na investigação do perfil do participante. E por fim a coleta de dados quanto aos

questionários validados, que são: Qualidade de vida (WHOQOL-OLD), Independência Funcional (MIF) e Sentido de vida (PIL-Test 12). Os riscos envolvidos com sua participação são: Este estudo envolve riscos mínimos, pois não incluiu procedimentos invasivos nem experimentais em sua realização; mas pode vir a ocorrer insatisfação do entrevistado diante dos questionamentos, que pode lhe arremeter algum constrangimento, o qual pode se sentir incomodado ou passar por um sofrimento psicoemocional despertado pelo teor das perguntas, a respeito de suas condições de vida e limitações. Nesse caso, o pesquisador deve sugerir a suspensão da entrevista caso necessário, deixando o participante confortável para decidir a respeito da sua participação no estudo. Sobre os benefícios, vai possibilitar uma visão mais aprofundada quanto a problemática do estudo, fornecendo subsídios acerca dos fatores de risco e possibilidades de atuação do serviço de saúde para com o idoso

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada as pesquisadoras **PROF^a MA. CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA** e acadêmica **GABRIELLE MANGUEIRA LACERDA**, ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados abaixo.

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Telefone: (83) 99620-7454

Email: renatadiniz_enf@yahoo.com.br

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Gabrielle Mangueira Lacerda

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Telefone: 99964-0990

Email: gabrieellecz@gmail.com

Dados do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, Bairro: Casas Populares, Cajazeiras - PB; CEP: 58.900-000.

Email: cep@cfp.ufcg.edu.br

Tel: (83) 3532-2075

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Cajazeiras- PB, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do voluntário ou responsável legal

Nome e assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nº. _____. Data: ____/____/____

Dados de Identificação:

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: F () M ()

Estado civil: _____

Conjuntura familiar:

() Sozinho () Companheiro(a) () Companheiro(a) e filhos solteiros

() Companheiro(a) e filhos casados () Outros, qual? _____

Renda familiar mensal (em salários mínimos):

() Menos de um salário

() De um a dois salários

() De três a quatro salários

() Mais de quatro salários

Raça (autodeclarada):

Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Outras (): _____

Nacionalidade: _____

Grau de escolaridade: _____

Ocupação (se tiver): _____

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

Por este termo de responsabilidade, nós abaixo-assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada “**SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/CFP/UFCG (Comitê de Ética em Pesquisas/ Centro de Formações de Professores) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/CFP/UFCG, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cajazeiras- PB, 07 de abril de 2018.

Líara Lenata Diniz Vieira Silva

Orientador(a)

Gabrielle Mangueira Lucinda

Orientando

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras- PB, 07 de abril de 2018.

Cícera Lenata Diniz Vieira Silva

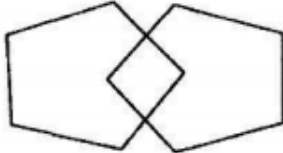
Orientadora

Gabouille Manguiera Rorinda

Orientando

ANEXOS

ANEXO A - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 ponto) _____	_____
2) Em que mês estamos? (1 ponto) _____	_____
3) Em que ano estamos? (1 ponto) _____	_____
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto) _____	_____
5) Qual a hora aproximada? (1 ponto) _____ *(considerar variação de mais ou menos 1 h)	_____
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
6) Em que local nós estamos? (1 ponto) _____ *(consultório, dormitório - apontando para o chão)	_____
7) Que local é este aqui? (1 ponto) _____ *(apontando ao redor num sentido mais amplo - hospital, casa...)	_____
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ponto) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que país nós estamos? (1 ponto) _____	_____
MEMÓRIA IMEDIATA	
11) Repita as palavras: carro (1 ponto); vaso (1 ponto); tijolo (1 ponto) (se houver erros, repetir as palavras até 3 vezes)	_____
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	
12) $100-7=$ _____ (1 ponto) 13) $93-7=$ _____ (1 ponto) 14) $86-7=$ _____ (1 ponto)	_____
15) $79-7=$ _____ (1 ponto) 16) $72-7=$ _____ (1 ponto) (se houver erros, corrigir e prosseguir. Considera correto se o paciente se autocorrigir)	_____
EVOCAÇÕES DAS PALAVRAS	
17) Quais são as palavras que o Sr.(a) acabou de repetir? _____ (carro/vaso/tijolo)(1 ponto para cada palavra)	_____
NOMEAÇÃO	
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
REPETIÇÕES	
19) Por favor, repita a frase "Nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto se a repetição for perfeita)	_____
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e devolva-o para mim (1 ponto) (não dar dica para o entrevistado)	_____
21) Escreva em um papel "Feche os Olhos" Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la. (1 ponto)	_____
22) Escreva uma frase. (1 ponto) _____ _____	_____
(alguma frase que tenha começo, meio e fim, para a correção não considerar erros gramaticais ou ortográficos).	
23) CÓPIA DO DESENHO (1 ponto)	
	_____
TOTAL	_____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DA QUALIDADE DE VIDA PARA IDOSOS (WHOQOL-OLD)

Instruções

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

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

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

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

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

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

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

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

Old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

Old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

Old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

Old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

Old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

Old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

Old_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

Old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

Old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

Old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

Old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

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

Old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

Old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

Old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

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

Old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

Old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

Old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Tempo, Segurança) 6 – Independência modificada (Tecnologia Assistiva)		SEM ASSISTÊNCIA					
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito = 75%+) 3 – Assistência Moderada (Sujeito = 50%+) Completa Dependência 2 – Assistência Máxima (Sujeito = 25%+) 1 – Assistência Total (Sujeito = 0%+)		COM ASSISTÊNCIA					
Avaliação	Atividades		1° Av.	2° Av.	3° Av.			
	Cuidados pessoais	Data	/ /	/ /	/ /			
A.	Alimentação							
B.	Higiene Pessoal: cuidado de apresentação e aparência.							
C.	Banho: limpeza do corpo							
D.	Vestir a metade superior do corpo							
E.	Vestir a metade inferior do corpo							
F.	Uso do vaso sanitário							
	Controle Esfincteriano							
G.	Controle da urina (controle da Bexiga - frequência de incontinência)							
H.	Controle das fezes							
	Mobilidade							
I.	Transferências: Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas							
J.	Transferências: Vaso Sanitário							
K.	Transferências: Banheira ou Chuveiros							
	Locomoção							
L.	Marcha/Cadeira de Rodas		M		M		M	
			CR		CR		CR	
M.	Escadas							
	Comunicação							
N.	Compreensão		A		A		A	
			VI		VI		VI	
O.	Expressão		VO		VO		VO	
			NV		NV		NV	
	Conhecimento Social							
P.	Interação Social							
Q.	Resolução de Problemas							
R.	Memória							
Total								
<p>OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1. Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, VO= vocal e NV= não verbal.</p>								

ANEXO D - TESTE DE PROPÓSITO DE VIDA (PIL-Test 12)

INSTRUÇÕES: Para cada uma das seguintes afirmações, circule o número que indica seu grau de concordância / discordância.

- 1 – Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Discordo um pouco
- 4 – Nem concordo nem discordo
- 5 – Concordo um pouco
- 6 – Concordo
- 7 – Concordo totalmente

1. Geralmente estou completamente aborrecido	1	2	3	4	5	6	7
2. A vida para mim parece sempre empolgante.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tenho na vida metas e objetivos muito claros.	1	2	3	4	5	6	7
4. Minha experiência pessoal é inteiramente sem sentido ou propósito	1	2	3	4	5	6	7
5. Todo dia é constantemente novo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Se eu pudesse escolher preferiria nunca ter nascido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Quanto a alcançar metas na vida, não tenho feito nenhum progresso.	1	2	3	4	5	6	7
8. Minha vida é vazia, preenchida só com desespero	1	2	3	4	5	6	7
9. Se eu morresse hoje, sentiria que minha vida foi muito valiosa	1	2	3	4	5	6	7
10. Quanto ao suicídio, tenho pensado seriamente ao seu respeito como saída.	1	2	3	4	5	6	7
11. Encarar minhas tarefas diárias é uma fonte de prazer e satisfação.	1	2	3	4	5	6	7
12. Não descobri qualquer missão ou propósito de vida.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO E – TERMO DE ANUÊNCIA**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA/ REDE ESCOLA
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE****TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “**Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica**”, a ser desenvolvido pela aluna **Gabrielle Manguiera Lacerda**, do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação da Professora **Ms. Cícera Renata Diniz Vieira Silva** está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Cajazeiras – PB, 10 maio de 2018.

José Anderson G. de Andrade
Coord. do Dep. de Educação em Saúde
Portaria 208/2018

José Anderson Gonçalves de Andrade
Departamento de Educação em Saúde

ANEXO F- ANÁLISE DO WHOQOL-OLD

Módulo WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20.

Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

EXISTEM TRES FORMAS DE APRESENTAR OS DADOS:

- UMA É EM FORMA DE TOTAL (DE 4 A 20);
- OUTRA É A MÉDIA (1 A 5);
- OUTRA É PERCENTUAL (0 A 100);

O QUE PRECISA FAZER É:

Tem perguntas onde os itens são expressos negativamente, assim o escore tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Isso deve ser feito nas seguintes perguntas:

old_01 old_02 old_06

old_7 old_8 old_9 old_10

(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(old_1, old_2, e sucessivamente corresponde as perguntas que encontram-se no questionário já enviado).

O PRÓXIMO PASSO É A ANÁLISE DAS FACETAS, DANDO O RESULTADO EM TOTAL, OUTRA MÉDIA E OUTRO EM PERCENTUAL.

CUIDAR AS PERGUNTAS QUE DEVEM SER RECODIFICADAS (old_01 old_02 old_06 old_7 old_8 old_9 old_10)!!

Funcionamento do Sensório

SOMA DAS PERGUNTAS (old_01,old_02,old_10,old_20)= RESULTADO TOTAL.

SOMA DAS PERGUNTAS (old_01,old_02,old_10,old_20)/4= RESULTADO DE MÉDIA.

SOMA DAS PERGUNTAS (old_01,old_02,old_10,old_20)/4)-1/4*100= RESULTADO EM PERCENTUAL.

*multiplicar/dividir

FAZER DA MESMA FORMA PARA AS DEMAIS FACETAS, ABAIXO. APRESENTANDO AS TRES FORMAS DE RESULTADO (TOTAL; MÉDIA E PERCENTUAL).

Autonomia

SOMA DAS PERGUNTAS (old_03,old_04,old_05,old_11)= RESULTADO TOTAL.

Atividades Passadas, Presentes e Futuras

SOMA DAS PERGUNTAS (old_12,old_13,old_15,old_19) = RESULTADO TOTAL.

Participação Social

SOMA DAS PERGUNTAS (old_14,old_16,old_17,old_18) = RESULTADO TOTAL.

Morte e Morrer

SOMA DAS PERGUNTAS (old_06,old_07,old_08,old_09)= RESULTADO TOTAL.

Intimidade

SOMA DAS PERGUNTAS (old_21,old_22,old_23,old_24)= RESULTADO TOTAL.

A ULTIMA ANÁLISE A FAZER É A QUALIDADE DE VIDA GERAL:

CUIDAR AS PERGUNTAS QUE DEVEM SER RECODIFICADAS (old 01,old 02, old 06, old 7, old 8, old 9, old 10)!!

- O PROCESSO É SEMELHANTE AO REALIZADO ANTERIORMENTE.

Soma(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,
old_21,old_22,old_23,old_24)= RESULTADO TOTAL

- OUTRA É SOMANDO E DIVIDINDO POR 24; AQUI O QUE MUDA É QUE AO INVÉS DE DIVIDIR POR 4, IRÁ DIVIDIR POR 24 (NÚMERO DE PERGUNTAS).

Soma(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,
old_21,old_22,old_23,old_24)/24. VAI ME DAR A MÉDIA.

- OUTRA É SOMANDO TODAS AS PERGUNTAS, DIVIDINDO POR 24, MENOS 1, DIVIDIDO POR 4, MULTIPLICADO POR 100;

Soma(old_01,old_02,old_03,old_04,old_05,old_06,
old_07,old_08,old_09,old_10,old_11,old_12,old_13,
old_14,old_15,old_16,old_17,old_18,old_19,old_20,
old_21,old_22,old_23,old_24)/24]-1/4*100= RESULTADO EM PERCENTUAL.

IMPORTANTE: OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATÍVEIS PARA IMPORTAÇÃO PARA O EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO. AS ANÁLISES DEVEM SER FEITAS PELO PROGRAMA QUANDO SOLICITAR POR EXEMPLO O RELATÓRIO, AI O PROGRAMA ME DA OS VALORES (TOTAL, MÉDIA, PERCENTUAL) EM CADA FACETA E NA QUALIDADE DE VIDA GERAL. O RELATORIO PARA OS ALUNOS DEVERÁ APARECER SOMENTE O RESULTADO EM MÉDIA COM OPÇÃO PARA IMPRIMIR COMPLETO (RESULTADO DE TODAS AS FACETAS E QUALIDADE DE VIDA GERAL) OU RESUMIDO (SOMENTE A QUALIDADE DE VIDA GERAL) AMBOS DESTACANDO O SEGUINTE.

Qualidade de vida: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

ESSES VALORES SERÃO O RESULTADO DA ANÁLISE EM MÉDIA.

Referências

Power M, Quinn K, Schimidt S. WHOQOL-OLD Group. Quality of Life Research, 2005, 14:2197-2214.

Fleck MPA, Chamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2003, 37(6):

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Pesquisador: Cícera Renata Diniz Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90479418.8.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.719.392

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, 90479418.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Cícera Renata Diniz Vieira trata de uma análise do sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica, a realizar-se em campo com abordagem comparativa e caráter quantitativo .

Objetivo da Pesquisa:

O projeto SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA tem por objetivo principal Analisar o sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA é importante por contribuir para subsidiar fatores de risco e possibilidades de atuação do serviço de saúde para com o idoso; e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

**UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE**



Continuação do Parecer: 2.719.392

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Cícera Renata Diniz Vieira redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto SENTIDO DE VIDA, DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM E SEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, número 90479418.8.0000.5575 e sob responsabilidade de Cícera Renata Diniz Vieira.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1141606.pdf	24/05/2018 22:57:27		Aceito
Outros	TERMO_RESULTADOS.pdf	24/05/2018 22:55:59	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO.pdf	24/05/2018 22:55:37	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_4.pdf	24/05/2018 22:55:00	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_3.pdf	24/05/2018 22:54:41	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_2.pdf	24/05/2018 22:54:03	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1.pdf	24/05/2018 22:53:46	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_SELECAO.pdf	24/05/2018 22:53:32	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	24/05/2018 22:53:17	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/05/2018 22:52:54	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	24/05/2018 22:52:40	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



Continuação do Parecer: 2.719.392

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2018 22:52:40	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/05/2018 22:52:26	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 18 de Junho de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

CEP: 58.900-000

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br