



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

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL
E DOMICÍLIO COMPARTILHADO

CAJAZEIRAS

2018

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL
E DOMICÍLIO COMPARTILHADO**

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.

Orientadora: Prof^ª Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.

CAJAZEIRAS

2018

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

A474d Alves, Maria Joyce Tavares.

Dependência funcional e sentido de vida: repercussões na qualidade de vida de idosos residentes em domicílio unipessoal e domicílio compartilhado / Maria Joyce Tavares Alves. - Cajazeiras, 2018.

80f. :il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Saúde do idoso. 2. Qualidade de vida- idoso. 3. Idoso dependente. I. Rodrigues, Alba Rejane Gomes de Moura. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 613.98

MARIA JOYCE TAVARES ALVES

DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO
UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO

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: 17/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Alba Rejane Gomes de M. Rodrigues

Profª Dra. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues
Orientadora – UAENF/CFP/UFCG

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Profª. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras
1º membro – ETSC/CFP/UFCG

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Profa. Dra. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
2º membro – UAENF/CFP/UFCG

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por estar sempre agraciando-me com a força e coragem necessária para superar os obstáculos impostos pela vida, e com todo carinho e amor, à minha família, pelo apoio, dedicação e cuidado ofertados em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Expresso por meio deste muita gratidão e carinho a todos que fizeram parte de minha caminhada rumo à formação acadêmica, principalmente aqueles que permaneceram ao meu lado até o fim, compartilhando dos momentos mais difíceis aos alegres.

De início, agradeço a Deus por iluminar os meus caminhos e estar sempre abençoando-me, permitindo-me seguir meus sonhos, indicando direções que sou capaz de percorrer, mantendo-me firme e aquecendo meu coração a cada instante.

Agradeço à minha família, minhas irmãs, Janielle e Juliana, que sempre foram uma ajuda constante, assim como meus pais, Damiana e Antônio Alves, que foram e são os responsáveis por toda minha construção profissional e pessoal, são a maior fonte de força, incentivo e base da minha vida.

Aos meus avós, tios e primos que acreditaram em meu futuro como profissional e sempre apoiaram meus sonhos e metas.

Ao meu namorado, Jonas, por todo amor, carinho, paciência e compreensão sempre presentes, em todos os momentos.

À professora Cícera Renata Diniz Vieira Silva, por ajudar na construção deste trabalho, com muita paciência, compreensão, cuidado, corrigindo erros e ensinando-me a ser melhor, incentivando-me a prosseguir com calma e eficiência, não permitindo momentos de desespero, sempre à procura de soluções, ou seja, uma pessoa maravilhosa que devo demais.

À minha orientadora Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, por receber-me de braços abertos, sempre transmitindo alegria, trazendo frases de encorajamento e incentivo, assim como facilitando o máximo possível a construção deste trabalho.

À professora Gerlane Vêras (também conhecida por “malvada favorita”), por trabalhar comigo na confecção de trabalhos e pesquisas, inserindo-me no mundo da pesquisa da melhor maneira possível, meu verdadeiro exemplo de profissional e ser humano.

À professora e amiga Iluska Costa, por participar da minha vida como coordenadora e amiga em muitos momentos, responsável por apresentar-me à saúde do idoso e ao mundo da extensão universitária, pelos quais hoje sou apaixonada.

Aos demais professores que fizeram parte da minha história por meio de todas as palavras e ensinamentos compartilhados, Fabiana Ferraz, Kennia, Humberto, Francisca Bezerra, Sofia, Dayze Galiza, Mônica Paulino, Cláudia, Éder, Luciana, Marcelo, Aissa, Rafaela, Jessica, Arydjane, Roberta, Flaviana Dávila, Janaíne Chiara, Berenice, entre outros.

Aos meus amigos da vida que nunca deixaram-me desanimar, foram alegria e cumplicidade sempre que preciso, Maísa, Alany, Valéria, Carol e principalmente Gabrielle, colega à sete anos, uma irmã que a enfermagem me permitiu conhecer.

Aos meus futuros colegas de profissão, ex- monitores e amigos, Bruno e Rosendo (Dudu) por serem calmos, dedicados e compreensivos em seus ensinamentos.

Aos meus colegas e amigos de curso, Bruna, Rosy, Luíz (Cícero), Augusto (Zé) e Joyce S., por compartilharem comigo os melhores momentos de minha vida, felizes, tristes, estressantes e emocionantes ao longo dos últimos quatro anos e meio, estudando, morando e crescendo juntos, foram muitas experiências, só tenho a agradecer por tudo, muito obrigada.

RESUMO

O envelhecer é um processo singular que ganha dimensões diferenciadas quando comparadas entre os indivíduos. Muitas vezes esse processo está associado a presença de doenças crônicas não transmissíveis que favorecem o surgimento de incapacidades, induzindo a pessoa idosa à condição de dependente funcional, aumentando a vulnerabilidade do sujeito, situação que repercute na própria qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi analisar o sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem comparativa e de caráter quantitativo, realizado com 246 idosos, residentes na área referente à Unidade Básica de Saúde João Bosco Braga Barreto no município de Cajazeiras-PB, que adequaram-se aos critérios de inclusão da pesquisa. Na coleta dos dados, além do formulário de avaliação sociodemográfica dos sujeitos, foram utilizados os instrumentos: Teste de propósito de vida (PIL-Test 12); Medida de independência funcional (MIF); e o Questionário da qualidade de vida para idosos (WHOQOL-OLD). A análise foi desenvolvida por meio de estatística descritiva (distribuições absolutas, percentuais e média) e testes estatísticos realizados no software SPSS, versão 20.0. A coleta dos dados foi iniciada apenas após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer número 2.786.390. Todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos foram obedecidos. O perfil de ambos os grupos de idosos foi semelhante, destacando-se no geral: faixa etária entre 60 e 70 anos; sexo feminino; renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, capacidade funcional independente e qualidade de vida regular, divergindo apenas ao considerar separadamente cada variável e categoria da pesquisa. O maior índice de dependência foi observado nos idosos que residem em domicílio compartilhado. Evidenciou-se a contribuição do sentido de vida como um recurso protetor capaz de diminuir os efeitos da dependência funcional e contribuir na qualidade de vida dos idosos por meio do alto índice de realização existencial em contraste com o elevado quantitativo de idosos independentes. De acordo com as várias hipóteses apresentadas na pesquisa mediante os fatores que podem repercutir negativamente na qualidade de vida dos idosos, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos relacionados ao assunto para melhor compreensão, assim como criação e aprimoramento de estratégias capazes de reduzir os déficits encontrados na realidade dos idosos que os distanciam de uma boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Qualidade de vida. Idoso dependente. Sentido de vida.

ABSTRACT

Aging is a unique process that gains differentiated dimensions when compared among individuals. Often this process is associated with the presence of chronic noncommunicable diseases that favor the emergence of disabilities, inducing the elderly person to functional dependency, increasing the vulnerability of the subject, a situation that affects the quality of life itself. The objective of this study was to analyze the meaning of life, functional dependence and quality of life in elderly people living in single and shared domicile. This is a descriptive, comparative, quantitative study of 246 elderly people living in the area of the João Bosco Braga Barreto Basic Health Unit in the municipality of Cajazeiras-PB, who met the criteria inclusion criteria. In the data collection, besides the sociodemographic evaluation form of the subjects, the following instruments were used: Life-purpose test (PIL-Test 12); Functional independence measure (FIM); and the Quality of Life Questionnaire for the Elderly (WHOQOL-OLD). The analysis was developed by means of descriptive statistics (absolute distributions, percentages and average) and statistical tests performed in SPSS software, version 20.0. The data collection was initiated only after approval of the Ethics and Research Committee under opinion number 2,786,390. All items set forth in Resolution 466/12 of the National Health Council, which regulates research with human beings, were obeyed. The profile of both groups of elderly was similar, standing out in general: age range between 60 and 70 years; women; family income of 1 to 2 minimum wages, independent functional capacity and regular quality of life, differing only by considering separately each variable and category of research. The highest dependency ratio was observed in the elderly living in a shared household. The contribution of the meaning of life was shown as a protective resource capable of reducing the effects of functional dependence and contributing to the quality of life of the elderly through the high existential performance index in contrast to the high number of independent elderly. According to the various hypotheses presented in the research through the factors that may negatively affect the quality of life of the elderly, we suggest the development of more studies related to the subject for better understanding, as well as the creation and improvement of strategies capable of reducing the deficits found in the reality of the elderly that distance them from a good quality of life.

Keywords: Health of the elderly. Quality of life. Dependent elderly. Sense of life

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Descrição dos idosos participantes no estudo de acordo com os critérios de seleção.....	22
Gráfico 2- Descrição do percentual de idosos que sinalizaram realização e vazio existencial.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo.....	27
Tabela 2- Apresentação das facetas do WHOQOL-OLD e seus conceitos.....	30
Tabela 3- Escore dos 24 itens do WHOQOL-OLD de acordo com a pontuação das médias, apresentado em forma de frequência absoluta e porcentagem.....	30
Tabela 4- Escore dos domínios de acordo com a soma das médias de cada categoria do MIF.....	33
Tabela 5- Classificação dos níveis de MIF de acordo com o escore total, apresentado em forma de frequência e porcentagem.....	35
Tabela 6- Associação entre os grupos de idosos participantes da pesquisa e demais variáveis.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVD – Atividade de Vida Diária

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DF – Dependência Funcional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIL-Test - Teste de Propósito de Vida

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

QV – Qualidade de Vida

SUS – Sistema Único de Saúde

SV – Sentido de Vida

TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS –Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA	16
3.2 IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL E DOMICÍLIO COMPARTILHADO	17
4 METODOLOGIA	19
4.1 TIPO DE ESTUDO	20
4.2 LOCAL DE PESQUISA	20
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	21
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	22
4.6 INSTRUMENTOS VALIDADOS ADEQUADOS PARA O ESTUDO	23
4.6.1 Teste de Propósito de Vida (PIL-Test 12)	23
4.6.2 Medida de Independência Funcional (MIF)	24
4.6.3 Questionário da qualidade de vida para idosos (WHOQOL-OLD)	25
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	25
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	27
5.2 QUALIDADE DE VIDA	29
5.3 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	32
5.4 SENTIDO DE VIDA	35
5.5 IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL E DOMICÍLIO COMPARTILHADO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	56
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	56
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	59
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES	60

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	61
ANEXOS	63
ANEXO A- Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	63
ANEXO B – Teste de Propósito de Vida (PIL Test 12).....	64
ANEXO C – Medida de Independência Funcional (MIF)	65
ANEXO D – Questionário de Qualidade de vida para Idosos (WHOQOL-OLD).....	66
ANEXO E – MANUAL DE ANÁLISE DO WHOQOL-OLD.....	71
ANEXO F – TERMO DE ANUÊNCIA	74
ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	75

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população constitui uma das maiores mudanças demográficas que vem ocorrendo no mundo, alcançando índices bastante elevados e crescentes. No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram no Censo de 2010, 18 milhões de idosos entre os 190 milhões de habitantes, estatística que apresenta a tendência ao aumento progressivo no crescimento da população idosa quando equiparado aos anos anteriores (IBGE, 2010).

Ramos, Menezes e Meira (2010) explicam que o envelhecimento populacional somado a outras transformações recentes que estão ocorrendo nas organizações sociais brasileiras, tem modificado os arranjos familiares, colaborando com o número crescente de idosos residentes em domicílio unipessoal. Várias situações podem justificar essa realidade, como a busca pela independência e autonomia, a perda de um familiar, o abandono, entre outras condições.

O envelhecer é um processo singular que ganha dimensões diferenciadas quando comparadas entre os indivíduos, estando relacionado à questões biológicas, físicas e sociais (CHAIMOWICZ, 2013). Muitas vezes esse processo está associado a presença de doenças crônicas não transmissíveis que favorecem o surgimento de incapacidades, sejam elas motoras, psicológicas ou mesmo sociais, limitando os idosos em suas Atividades de Vida Diária (AVD) (MOREIRA *et al.*, 2013).

Dentre as comorbidades mais frequentes que acometem as pessoas acima de 60 anos, a redução da capacidade funcional nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) apresenta-se como uma problemática que merece atenção, visto que pode levar o idoso a um grau de Dependência Funcional (DF) capaz de comprometer significativamente sua Qualidade de Vida (QV) (BRITO *et al.*, 2013).

Para Lourenço *et al.* (2012) as repercussões físicas e psicológicas resultantes da DF, comprometem a independência e autonomia, implicando nas próprias relações sociais, invadindo a vida do sujeito em todos os aspectos.

Vale salientar que a DF é uma condição muito complicada, tornando-se ainda mais complexa quando se trata de idosos que residem em domicílio unipessoal, considerando que aqueles que residem acompanhados podem obter um auxílio maior, quando comparados aos que moram sozinhos. Ramos, Menezes e Meira (2010) enfatizam essa questão, ao explicar que idosos que vivem acompanhados, mostram-se mais bem amparados em caso de problemas de saúde, diferente dos que residem sozinhos, considerados mais desprovidos de apoio em meio a tais dificuldades.

Em um estudo realizado por Sampaio *et al.* (2015), identificou-se que entre os idosos que residem acompanhados, 92,5% realizam as AVD's de maneira independente, enquanto que 78,6% dos idosos que residem em domicílio unipessoal possuem considerável dependência para realizar as mesmas atividades. Visto isso, pode-se intuir que a pessoa idosa que reside em domicílio compartilhado deve estar sendo melhor amparada, podendo a co-residência ser um fator que contribui em associação com diversos outros para a melhoria da capacidade funcional.

Barbosa *et al.* (2017) observam que o idoso com DF torna-se mais vulnerável, por isso necessita de um suporte maior. É possível que essa condição o leve a níveis altos de estresse, desapego pela vida, desânimo, podendo contribuir inclusive no desenvolvimento de doenças psicológicas como a depressão.

Sabendo disso, Santana *et al.* (2017) explicam a importância no enfrentamento do idoso diante da DF, enfatizando esse momento como um desafio que exige uma busca contínua pelo significado do seu Sentido de Vida (SV), compreendendo a dificuldade existente em aceitar que com o tempo as funções e papéis sociais desempenhados no cotidiano vão se tornando escassos. O SV pode auxiliar no combate as limitações, ajudando-o no exercício da resiliência.

Inevitavelmente, a dependência na velhice repercute na QV, porém, não deve ser algo colocado como consequência dos efeitos de envelhecer, já que da mesma maneira que alguns idosos apresentam déficit em sua saúde, existem outros que chegam a idades avançadas, saudáveis e ativos (OLIVEIRA; ROCHA JUNIOR, 2014).

Ao considerar a abordagem apresentada, o estudo pretende responder 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 nos escores de DF e QV entre os idosos em domicílio unipessoal e compartilhado?

Espera-se viabilizar ao público acadêmico e profissional uma melhor compreensão acerca da QV, DF e SV dos idosos. Acredita-se que por meio de estudos e ações a população pode obter uma melhor visão da realidade de vida do idoso, criando subsídios para que a família, os profissionais de saúde e a comunidade possam atuar como facilitadores, possibilitando-lhes uma vida digna e obedecendo o exercício da autonomia na velhice, o que evidencia a relevância da pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a dependência funcional, sentido e qualidade de vida em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil dos idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado.
- Comparar a qualidade de vida em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado.
- 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 dos idosos.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento é um processo complexo que repercute na vida dos indivíduos de diversas formas, podendo ser vivenciado de maneira ativa ou não (OLIVEIRA; ROCHA JUNIOR, 2014). Quando a pessoa idosa oportuniza seu dia-a-dia a um convívio saudável, regulando sua alimentação, praticando exercícios e tratando eventuais comorbidades, sugere-se que ela está oportunizando sua longevidade por meio de uma vida com qualidade, desse modo, essa pessoa pratica um envelhecimento ativo, por isso a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) define esse envelhecimento como sendo um processo de otimização da saúde, a fim de melhorar a QV das pessoas (OMS, 2005).

Dátalo e Cordeiro (2015) consideram um desafio para o idoso, conseguir adotar uma vida mais saudável e com qualidade. Na verdade, não se pode negar que o processo de envelhecimento causa desgaste físico, psicológico e social ao indivíduo, além de aumentar a vulnerabilidade a certas doenças que podem levá-lo a determinado grau de dependência (CHAIMOWICZ, 2013). A própria DF é assunto comum entre alguns grupos de idosos, principalmente às vítimas de várias morbidades, o que acabam contribuindo para a dependência por incapacidade funcional (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

Atualmente, devido ao envelhecimento populacional evidenciado pelo crescente índice nos dados estatísticos, muito se houve falar sobre o processo de envelhecer, é certo que essa situação é real e a nível mundial, porém, a maneira como está sendo vivenciada é divergente em diferentes locais. Deve-se considerar que muitos países desenvolvidos foram preparados para receber a atual condição, enquanto que países em desenvolvimento, como por exemplo, o Brasil, vivenciam essa realidade sem uma devida preparação prévia (DÁTILO; CORDEIRO, 2015).

No Brasil, mesmo havendo uma política instituída para atender às condições de vida e cidadania da população idosa, a situação ainda é precária, de modo que os problemas ligados as necessidades mais vitais não estão sendo sanados, além dos déficits relacionados às políticas públicas, existem também às más condições estruturais físicas e de convivência (MENDONÇA, 2015). Percebe-se que a população não recebeu uma educação social para adaptar-se ao aumento significativo no quantitativo de idosos, é como se a pessoa idosa estivesse vivendo em um ambiente projetado para jovens, não obstante às suas necessidades e especificidades.

Isso implica dizer que devido as condições impostas no atual contexto social do país, são evidenciados aspectos que desfavorecem a QV de grande parte dos idosos brasileiros (DÁTILO; CORDEIRO, 2015).

Os determinantes estruturais e históricos do envelhecimento populacional, provocaram modificações sociais que precisam estar incluídas nos planos de investimentos das políticas públicas, desde aquelas voltadas à questões econômicas, sistemas de saúde, educação, habitação, transporte e lazer, até às direcionadas à relações entre as gerações (MENDONÇA, 2015). Isso mostra a necessidade que existe hoje, em averiguar a implementação adequada das políticas públicas voltadas a população idosa.

Levando em consideração a necessidade de um aporte atualizado relacionado a saúde do idoso, por meio da portaria N° 2.528 de 19 de outubro de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), com a finalidade de procurar maneiras de recuperar, manter e promover tanto a autonomia quanto a independência dos idosos, por meio de medidas coletivas e individuais de saúde, estando sempre de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Ou seja, existe uma política responsável pela saúde da pessoa idosa, resta saber se esse aparato está chegando corretamente ao público-alvo.

3.2 IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL E DOMICÍLIO COMPARTILHADO

Seguindo uma retrospectiva histórica de como o idoso é visto pela sociedade, observa-se a mudança gradual na percepção da população diante da capacidade do idoso. Antigamente, a pessoa idosa estava sempre associada à um indivíduo repleto de doenças, incapaz, que deveria ser acolhido pela família por não conseguir cuidar de si mesmo (SCHNEIDER e IRIGARAY, 2008).

Essa realidade vem mudando, com o aumento da expectativa de vida e implementações ligadas ao envelhecimento ativo para atingir a longevidade, cresce o quantitativo de idosos que envelhecem bem o suficiente para cuidar de si e seguir sua vida de maneira autônoma e independente (FERREIRA, 2012).

Desse modo, encontrar pessoas idosas residentes em domicílio unipessoal não é algo incomum nos dias de hoje, pois são vários os motivos que podem levá-los a essa situação, desde maus-tratos, o abandono da família, separação conjugal, falecimento de parentes próximos,

traumas no domicílio, falta de recursos financeiros, até a busca pela autonomia e independência própria (RAMOS; MEIRA; MENEZES, 2013).

No entanto, a escolha de morar sozinho somente é possível quando a pessoa idosa em questão possui um envelhecimento ativo, livre de comorbidades que a impeçam de desenvolver as AVD's. Em casos de situações de saúde que geram incapacidades funcionais, tornando o idoso dependente, sugere-se que o ideal seria residir em domicílio compartilhado, dessa maneira seria possível melhorar sua QV por meio do apoio recebido em casa, de preferência pela família (KÜCHEMANN, 2012).

Essa recomendação não considera todas as mudanças ocorridas na sociedade brasileira em relação à configuração da estrutura familiar. É um contexto que mostra a família como algo estável, dedicado e capaz de contar com disponibilidade para suprir às necessidades da pessoa idosa com dependência, contudo, não é sempre que o indivíduo depara-se com essa realidade. Muitas vezes, os familiares não possuem conhecimento e capacitação suficiente para o cuidado do idoso dependente (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010; KÜCHEMANN, 2012; TAVARES *et al.*, 2012).

Sampaio *et al.* (2015) em seu estudo apresenta que a maior parcela de idosos com DF residem em domicílio unipessoal. Frente a isso, quando não existe família, amigo ou profissional que possa atuar como cuidador em casos de DF, é aconselhado a procura por uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) na pretensão de conseguir a ajuda necessária para melhoria da QV. Porém, Santos *et al.* (2010) explicam que ainda existe uma forte associação dos idosos que residem em ILPI com incapacidade, ausência de poder de decisão, abandono e doença, por isso, mesmo diante de várias dificuldades, muitos idosos insistem em morar sozinhos no intuito de tentar manter o máximo possível sua autonomia.

Santos, Carneiro e Vasconcelos (2015) explicam que independente do motivo que levou a pessoa idosa a residir sozinha, uma das funções dos profissionais de saúde da Atenção Básica é orientar, auxiliar e dar o suporte necessário, de preferência com participação da família, para que estes indivíduos não corram riscos e possam ter uma boa QV.

Percebe-se que a QV é uma questão muito subjetiva, a dependência pode fazer com que o indivíduo que reside em domicílio unipessoal a perca por não possuir alguém que o ajude nas AVD. Em contrapartida, a pessoa idosa está sempre tentando manter sua individualidade, o que é representado pela autonomia, portanto, o fato de perder sua autonomia também conta como condicionante para ausência da QV (RAMOS; MEIRA; MENEZES, 2013).

Para os idosos que residem acompanhados também existe um risco condicionante, geralmente eles recebem apoio tanto em situações de dependência, quanto em tarefas simples do dia-a-dia, coisas que poderiam ser desenvolvidas pelos próprios idosos, assim, é inevitável pensar em como isso abala a autonomia do idoso e o quanto interfere na QV. Sobre isso, o Guia Prático do Cuidador disponibilizado pelo Ministério da Saúde enfatiza justamente o contrário “Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia (...)”, seria esse o modo ideal de manutenção do cuidado (BRASIL, 2008, pág. 07).

É inevitável questionar até que ponto a DF pode interferir na QV da pessoa idosa, pois deve-se considerar que esse fator pode estar entre vários outros que somatizam uma problemática maior. A dependência é uma ponte que tira a autossuficiência do sujeito e o direciona à perda da autonomia e independência (ALMEIDA, 2011). Por isso, é importante saber como essa situação repercute na vida do idoso.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem comparativa e de caráter quantitativo. Segundo Aragão (2011), os estudos descritivos são de grande ajuda para os gestores de saúde e profissionais que prestam assistência, pois são capazes de descrever uma realidade, o que proporciona subsídios para que o pesquisador conheça dados demográficos relacionados a determinada população. Marconi e Lakatos (2010) explicam que o estudo de campo permite ao indivíduo conseguir informações importantes sobre a hipótese de trabalho, obtendo conhecimentos que viabilizam ao pesquisador uma respectiva resposta ou comprovação acerca da problemática do estudo.

A análise comparativa possibilita a investigação e explicação de coisas ou fatos de acordo com suas semelhanças e diferenças, assim, torna possível a realização de análise dos dados de maneira concreta e permite a dedução de semelhanças e divergências entre elementos constantes, abstratos e gerais, além disso, pode-se dizer que também possibilita o desenvolvimento de uma investigação de caráter indireto (FACHIN, 2006).

Quanto a abordagem quantitativa, Fontelles *et al.* (2009) explicam como sendo um estudo em que se utiliza dados numéricos expressos em variáveis, desse modo, para que esses dados possam ser classificados e analisados faz-se uso de técnicas estatísticas.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

Cajazeiras é um município localizado no Sertão Paraibano, sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, a 477 quilômetros da capital João Pessoa, ocupa uma área de aproximadamente 586.275 km². A população no último censo foi de 58.446 habitantes, com estimativa de 61.776 para o ano de 2018 (IBGE, 2010).

O referido município é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba e possui vinte e três equipes de ESF, cujas estruturas físicas localizam-se dezessete na zona urbana e seis na zona rural.

O estudo foi realizado na área referente a Unidade Básica de Saúde (UBS) João Bosco Braga Barreto, localizada no município de Cajazeiras, estado da Paraíba, devido a presença de um quantitativo maior de idosos residentes no local.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por 531 idosos, quantitativo total de idosos residentes na área referente à UBS João Bosco Braga Barreto. Considerando que a população consiste no número total de elementos que estão sendo estudados, de modo que esses elementos apresentam determinadas características em comum (BERGAMASCHI; SOUZA; HINNIG, 2010).

A amostra, segundo Prodanov e Freitas (2013) refere-se a uma parcela da população com aspectos e características que excluem alguns fatores, tornando essa parcela diferente dos outros elementos do universo que compõem a população.

Desse modo, a amostragem foi do tipo não probabilística intencional. Para o cálculo do tamanho da amostra, 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 final do estudo foi calculada em 246 indivíduos, em dois grupos: idosos em domicílio unipessoal e em domicílio compartilhado, no entanto, apenas 155 idosos adequaram-se ao estudo, o que será explicado a seguir.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

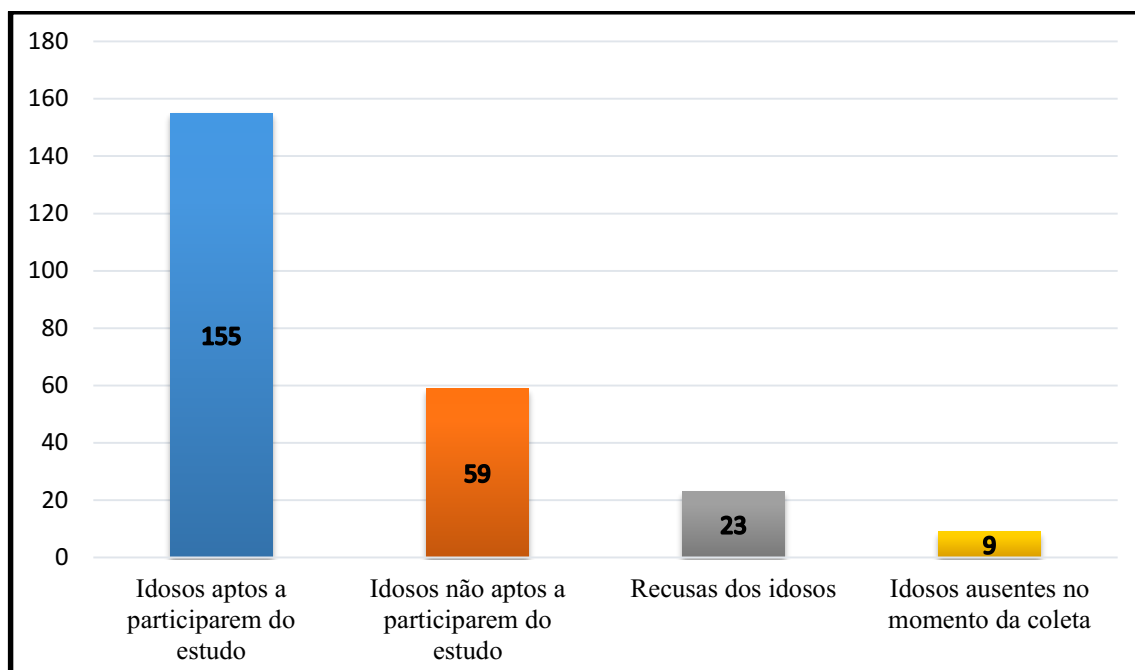
Critérios de inclusão

Serão incluídos os idosos (60 anos ou mais), residentes em domicílio unipessoal e domicílio compartilhado, que alcancem as pontuações mínimas aceitáveis no Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Critérios de exclusão

Serão excluídos da amostra os idosos que estiverem ausentes no domicílio após três visitas da pesquisadora no período da coleta dos dados.

Gráfico 1- Descrição dos idosos participantes no estudo de acordo com os critérios de seleção.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A amostra da pesquisa foi equivalente à 246 idosos. Entre esses foi utilizado o MEEM como critério de qualificação para os aptos e não aptos a participarem do estudo. De acordo com os valores de corte estipulados por Bertolucci *et al.* (1994) ao considerar escores diferenciados mediante o grau de escolaridade para determinar a presença ou não de déficit cognitivo, foi realizada a utilização do instrumento, compreendendo que para serem incluídos na pesquisa, os Analfabetos deveriam apresentar escores de 13 à 17, os que possuem Baixa escolaridade de 18 à 25 e os de Alta escolaridade de 26 à 30.

Após avaliação cognitiva foi obtido um quantitativo de 155 idosos aptos a participarem da pesquisa, sendo 59 excluídos pelo MEEM. Além disso, outras 23 pessoas recusaram-se a participar do estudo e 09 estavam ausentes no momento da coleta durante as três visitas em domicílio (quantidade pactuada para tentativas).

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre o dia 6 de agosto e 6 de setembro, nos turnos manhã e tarde, com datas e horários previamente pactuados com a equipe da UBS João Bosco Braga Barreto. A abordagem aos idosos em seus domicílios foi realizada após reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde foram apresentados os mapas locais dos idosos residentes em cada área e seus respectivos ACS. Cada ACS marcou seus horários e datas disponíveis para indicar a localização das casas e apresentar a pesquisa aos idosos junto a pesquisadora, seguindo

com a explicação total dos objetivos da pesquisa e esclarecimento de dúvidas referentes ao projeto. O processo de coleta propriamente dito deu-se em ambiente calmo e reservado, para que não houvesse interrupções e perturbações.

Os idosos incluídos nos critérios de seleção que aceitaram participar da pesquisa, foram solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa. De modo que, o primeiro instrumento a ser aplicado foi o MEEM (ANEXO A), com carácter de seleção, utilizado para identificar quais idosos possuem capacidade cognitiva preservada, podendo contribuir como participante do estudo.

A coleta dos dados consistiu no uso de três instrumentos validados: PIL-Test 12 (ANEXO B); MIF (ANEXO C); e o WHOQOL-OLD (ANEXO D). Além disso, também foi utilizado um formulário incluindo questões relativas aos dados sociodemográficos dos sujeitos (APÊNDICE B).

4.6 INSTRUMENTOS VALIDADOS ADEQUADOS PARA O ESTUDO

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

No intuito de avaliar o SV do sujeito, Crumbaugh e Maholick desenvolveram em 1964 um instrumento de pesquisa chamado *Teste de propósito de vida (PIL-Test)*, que foi criado sob uma base referencial teórica fundamentada na experiência do sujeito quanto a sua realização existencial, sendo estabelecido em meio a conceitos congruentes de análises e reflexões sobre o sentido de existir, de modo que Viktor Frankl, por meio de suas teorias sobre o existencialismo, foi o principal autor que deu base estrutural suficiente para subsidiar o teste, pois ele foi um dos mais importantes teóricos a refletir de forma científica e filosófica sobre o SV (CRUMBAUGH; MAHOLICK, 1964; AQUINO *et al.*, 2015).

Ressalta-se que há muito tempo são realizados estudos, nos campos da filosofia, da psiquiatria e em vários outros, sobre a força e importância do SV. Frankl (1989) explica que todas as pessoas sentem vontade de procurar um sentido para viver, e é justamente essa busca que se torna responsável por motivar incondicionalmente o indivíduo.

O *PIL-Test* foi posteriormente revisado por Harlow, Newcomb e Bentler em 1987, autores que construíram a versão reduzida (*PIL-R*), ambos de carácter quantitativo, tendo como objetivo medir o SV, podendo identificar na falta de sentido uma condição de vazio existencial.

O *PIL-Test* construído originalmente consiste em uma escala de 20 itens com formato de resposta Likert, na qual são avaliados sete pontos, de modo que as extremidades são as seguintes: 1 significa “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”. Os itens da escala são direcionados ao propósito e satisfação com a própria vida, liberdade, medo da morte, ideias suicidas e até mesmo a busca por compreender se para o indivíduo a vida vale à pena (AQUINO *et al.*, 2011; NOBRE, 2016).

Aquino (2009) adaptou e validou o *PIL-Test* elaborando uma versão com 12 itens (*PIL-Test 12*) e aplicou em algumas pesquisas com brasileiros, evidenciando a efetividade do instrumento por meio de resultados com bons parâmetros psicométricos e constituição satisfatória em três fatores existenciais independentes, sendo eles: desespero, realização e vazio existencial, onde maiores pontuações de escore indicam vazio existencial e as menores mostram a presença de realização existencial (DAMÁSIO; MELO; SILVA, 2013; AQUINO *et al.*, 2015).

4.6.2 Medida de Independência Funcional (MIF)

De acordo com Melo *et al.* (2013) a *MIF* é um dos instrumentos utilizados para identificar a independência funcional do indivíduo por meio do desempenho das AVD. Foi desenvolvido pela Academia Americana de Medicina de Reabilitação em 1980 e Pollak, Rheault e Stoecker (1996) a validaram para que pudesse ser utilizada em estudo com idosos. Porém, os responsáveis por adaptarem esse objeto de estudo à realidade brasileira foram Riberto *et al.* (2001).

O instrumento consiste em 18 itens que dizem respeito ao autocuidado, controle esfíncteriano, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação e cognição social. Os itens são classificados de acordo com o grau de dependência do sujeito, podendo pontuar de 1 à 7, em que o 1 significa “dependência total” e o 7 “independência”. Ou seja, quanto menor o escore, maior o grau de DF, sendo que o escore total é dado pela soma dos escores de cada item podendo variar de 18 a 126 pontos (RIBERTO *et al.*, 2001; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

Existem duas subdivisões (domínios) para o *MIF*, a parte que corresponde a resposta motora, englobando desde as dimensões do autocuidado, controle esfíncteriano, até transferência e locomoção, e a parte referente às questões cognitiva, envolvendo comunicação e cognição social (RIBERTO *et al.*, 2001; MELO *et al.*, 2013).

Ao somar os pontos dos itens que correspondem a cada domínio é possível gerar um escore para MIF motora de 13 à 91, e outro para MIF cognitiva de 5 à 35 (quanto maior os escores menor dependência). Somando-se todos os itens juntos, é formado o escore total, que pode variar entre 18 e 126 pontos, sendo os menores de 18 considerados com dependência total, de 19 a 103 dependência modificada, de 104 a 126 independência completa (RIBERTO *et al.*, 2004; RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013).

4.6.3 Questionário da qualidade de vida para idosos (WHOQOL-OLD)

O instrumento *WHOQOL-OLD* foi desenvolvido pela OMS em 2005, adaptado para o português por Chachamovich e Fleck e tem como objetivo mensurar a QV das pessoas idosas, obedecendo um princípio transcultural (PEDROSO *et al.*, 2015).

Trata-se de um questionário com 24 itens pontuados de 1 a 5, em forma de Likert. Os itens são divididos em seis facetas: Funcionamento do Sensório, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade, de modo que cada faceta é constituída por 4 itens, sabendo que a soma de todos os itens das facetas contabilizam um escore geral (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006).

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 (ANEXO F) de acordo com o parecer analisado e emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, iniciando somente após a devida aprovação sob parecer de número 2.786.390 (ANEXO G).

O estudo seguiu os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Sendo assegurado aos

participantes o total sigilo das informações obtidas, utilizando-as somente para fins de pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes foram informados quanto aos objetivos e finalidades do estudo, a garantia do direito de desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum dano ou prejuízo, ressaltando que preservou-se o anonimato de suas identidades e os que apresentaram interesse receberão os resultados obtidos na pesquisa.

A coleta dos dados apenas foi realizada mediante autorização formal dos participantes, emitida por meio da assinatura do TCLE em duas vias, sendo que, uma via do termo, contendo o contato das pessoas responsáveis pela pesquisa, ficou sob posse do participante e outra, do pesquisador.

Os riscos oferecidos pelo estudo foram mínimos, não inclui procedimentos invasivos ou experimentais, no entanto, para o participante que sentiu-se insatisfeito ou mesmo incomodado ao compartilhar algumas informações, possibilitando algum tipo de sofrimento psíquico ou emocional ao responder questões que dizem respeito a sua QV, capacidade funcional e SV, a aplicação do instrumento foi suspensa até que o indivíduo pudesse sentir-se a vontade para continuar, procurando sempre deixá-lo confortável, acalmando-o por meio de uma abordagem humanizada e compreensiva.

Sobre os benefícios, acredita-se que possibilitou uma apropriação melhor do pesquisador sobre a temática, mediante a compreensão da visão dos idosos acerca da problemática em estudo, podendo identificar e solucionar déficits ligados a DF e QV por meio dos resultados da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A tabela 01 evidencia o perfil sociodemográfico dos idosos de acordo com as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, conjuntura familiar, renda, raça autodeclarada, nacionalidade e grau de escolaridade.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo.

<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
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*		
< 1 salário mínimo	7	4,5
1 - 2 salários mínimos	146	94,2
3 - 4 salários mínimos	2	1,3
Raça (autodeclarada)		
Parda	80	51,6
Branca	58	37,4
Preta	13	8,4
Amarela	3	1,9
Indígena	1	0,6
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, 2018.

*No período da pesquisa o salário mínimo equivalia à R\$ 954,00.

Os resultados revelam que a faixa etária mais prevalente foi de 60 a 70 anos. Nas projeções do IBGE relacionadas à expectativa de vida dos idosos na Paraíba em 2018, os resultados corroboram com o estudo ao expor na pirâmide etária um quantitativo de pessoas

consideravelmente maior dos 60 aos 69 anos quando comparado às idades mais avançadas (IBGE, 2018).

Entre os idosos que participaram da pesquisa, a maioria eram mulheres. A predominância do sexo feminino pode ser observada tanto nos estudos de Luz *et al.* (2014), como no de Araújo e Faro (2014). Guiomar (2012) explica que as mulheres mostram uma maior expectativa de vida, quando comparadas aos homens, entretanto, Camargos e Gonzaga (2015) concordam que ao aumentar a sobrevivência e alcançar uma expectativa de vida maior, isso acaba por permitir o surgimento de doenças crônicas e suas consequências, impossibilitando uma boa QV.

É preciso considerar muitos fatores importantes que podem estar interligados tanto à saúde quanto a QV do indivíduo. Sendo assim, o cuidado com o corpo, o ser cuidada por alguém, ou seja, questões pessoais, sociais, econômicas e biológicas também podem contribuir para uma maior expectativa de vida feminina.

No que se refere a conjuntura familiar evidenciou-se no estudo um resultado atípico, pois foi observado um número mais elevado entre os idosos que participam de outros arranjos familiares, morando com netos, cunhadas, irmão(a), primos, genros e noras, ou que residem sozinhos, podendo inclusive indicar uma diminuição da inserção de idosos em modelos familiares tradicionais.

Segundo Silva e Prá (2014) os arranjos familiares no Brasil vem se transformando e esse fator também atinge a população idosa. Não há mais a predominância de um padrão para a formação da família composto por um casal e filhos. Küchemann (2012) acredita que os modelos tradicionais estão aos poucos desaparecendo, dando lugar a novos arranjos familiares, de modo que várias circunstâncias atuais podem contribuir com tal cenário, exemplos disso são as separações, abandonos, novas uniões, divórcios, idosos que chefiam famílias ou que decidem morar sozinhos e diversas outras situações, no entanto, é preciso frisar que nem sempre essas mudanças são benéficas, elas podem estar adequadas ou não à saúde e QV do idoso.

É interessante observar que mesmo com a variação dos arranjos familiares, no que diz respeito ao estado civil houve um número maior de idosos casados, o que nos leva a pensar que apesar de serem casados muitos não convivem com seus cônjuges atualmente. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Campos *et al.* (2016) e Antes *et al.* (2014).

Sobre a renda mensal, evidenciou-se que grande parte dos idosos sustentam-se com um a dois salários mínimos, assim como o que foi visto na pesquisa de Oliveira e Novaes (2012). Tal realidade pode ser justificada devido a renda da maioria ser proveniente apenas das

aposentadorias, Antes *et al.* (2014) afirmam isso em seu estudo, explicando que a quantidade de idosos com algum outro tipo de renda é irrisória, até mesmo o número de pensionistas está sendo reduzido.

Com relação à raça autodeclarada e escolaridade, os idosos do presente trabalho mostraram o seguinte perfil: cor parda e analfabetos, concordando com o estudo de Ribeiro, Veloso e Souza (2012).

O alto índice de analfabetismo observado no estudo pode ser decorrente de vários fatores, Ribeiro, Veloso e Souza (2012) explicam que antigamente ter a oportunidade de estudar era mais difícil, principalmente para os trabalhadores rurais, de modo que a maioria dessa população não conseguiu ter acesso à educação básica. Neves *et al.* (2013) obtiveram um resultado semelhante quanto ao elevado índice de analfabetismo entre os idosos, e Silva *et al.* (2009) acreditam que uma importante circunstância que pode justificar essa realidade é o maior número de mulheres idosas que homens, considerando que em sua juventude muitas não tiveram a chance de estudar. Conjecturas como essas, permitem visualizar nas idosas de hoje as consequências dos hábitos de vida tradicionais machistas aplicados desde muito tempo, que personificaram na mulher apenas a função de cuidadora dos filhos, casa e marido.

5.2 QUALIDADE DE VIDA

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade que acentua cada vez mais a busca pela sobrevida com qualidade, aumentando a valorização pelos anos vividos de maneira plena e digna (SILVA; ANDRADE, 2013).

Visto isso, o presente estudo analisou a QV dos idosos utilizando o instrumento WHOQOL-OLD considerando suas subdivisões (facetas), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Apresentação das facetas do WHOQOL-OLD e seus conceitos.

<i>Facetas</i>	<i>Conceito</i>
Funcionamento do sensório	Impacto causado na qualidade de vida devido à perda do funcionamentos dos sentidos.
Autonomia	Independência do idoso; ser capaz e livre de viver de modo autônomo e de tomar suas próprias decisões.

Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfação com as realizações na vida, e com objetivos a serem alcançados.
Participação social	Participação em atividades da vida diária, principalmente relacionadas à comunidade.
Morte e Morrer	Preocupações e medos acerca da morte e morrer.
Intimidade	Ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais.

Fonte: Chachamovich, 2005.

A soma dos valores de cada item ou a soma dos escores das facetas podem produzir um escore geral indicando a qualidade de vida dos idosos. Para tanto, de acordo com o manual de análise do WHOQOL-OLD (ANEXO E), o estudo realizou a análise do escore geral das facetas por meio da média, seguindo o módulo do instrumento, classificando de acordo com as pontuações em: necessita melhorar (1 a 2,9 pontos); regular (3 a 3,9 pontos); boa (4 a 4,9 pontos) e muito boa (5 pontos).

A tabela 3 apresenta que ao avaliar a QV realizada pelo módulo WHOQOL-OLD foi evidenciado um escore em que a maioria dos participantes da pesquisa mostraram-se em classificação “regular”.

Tabela 3: Escore dos 24 itens do WHOQOL-OLD de acordo com a pontuação das médias, apresentado em forma de frequência absoluta e porcentagem.

<i>Escore</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Necessita melhorar	33	21,3
Regular	120	77,4
Boa	2	1,3
Total	155	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O estudo de Sila *et al.* (2017) obteve resultados semelhantes, onde foi evidenciada uma média “regular” na maioria das facetas, mesmo a amostra sendo composta por idosos ativos, o que segundo os autores deveria ser um ponto positivo forte a ser considerado na efetivação de uma boa QV. Entretanto, o escore de ambas as pesquisas mostra que a maioria dos participantes não visualiza em si uma “boa” QV, na realidade a identificam como algo que precisa ser trabalhado.

Ao realizar a soma de cada item e divisão pela quantidade de itens em cada faceta, foi possível observar a média das facetas que compõem o WHOQOL-OLD. Durante a avaliação, intimidade (3,87) apresentou o resultado mais significativo, podendo ser classificado como “regular”. Outras facetas que também apresentaram tal classificação foram: autonomia (3,66); atividades passadas, presentes e futuras (3,63); e participação social (3,55). No entanto, funcionamento do sensorio (2,56), assim como morte e morrer (2,19) foram classificadas como “necessita melhorar”.

Paula, *et al.* (2016) trouxeram resultados diferentes em sua pesquisa, mostrando “intimidade” com a menor pontuação entre todas as outras facetas, valendo ressaltar que os autores fizeram associação entre essa faceta e a condição conjugal encontrada na maioria dos idosos da pesquisa, que por sua vez eram viúvos ou moravam sozinhos.

Ao analisar o contexto do presente estudo, é possível que o resultado obtido sobre intimidade não esteja relacionado a condição conjugal do idoso, mesmo sendo um fator importante a ser considerado, pois ao observar a variável sociodemográfica, a maioria dos idosos apresenta outras conjunturas familiares ou reside sozinho. Contudo, uma das vertentes que podem ser significativas ao justificar essa realidade é que grande parte considerou as questões: ter companheirismo na vida; sentir amor na vida; ter oportunidade de amar; e ter oportunidade de ser amado, como sendo algo que pode ser direcionado a outras pessoas próximas, mesmo que não seja o cônjuge.

O segundo maior escore encontrado foi na faceta autonomia. Santos e Cunha (2014) obtiveram resultado semelhante em seu estudo e observaram que conseguir um escore regular é um indicativo de QV positiva, considerando-se que ao avaliar as questões que envolvem: liberdade para tomar decisões próprias; controle do futuro; o respeito dos outros à sua liberdade; e fazer as coisas que gostaria de fazer, é possível identificar que cada vez mais os idosos estão conseguindo ganhar espaço para expressar-se e controlar sua própria vida.

A descrição da faceta atividades passadas, presentes e futuras está relacionada à satisfação do indivíduo sobre suas conquistas ao longo da vida e as coisas que almeja conseguir. Reis *et al.* (2015) apresentam resultados de escore médio que corroboram com a presente pesquisa, considerando-os uma resposta satisfatória, pois existe um largo quantitativo de idosos que possuem a pretensão de alcançar objetivos na terceira idade, ou seja, acreditam que têm liberdade suficiente para decidir o que fazer com suas vidas.

No que diz respeito à participação social, Souza *et al.* (2016) também encontraram escore médio regular, o que infere a ideia de que atualmente muitos idosos estão participando

mais de grupos de convivência, mostrando-se mais ativos quanto à interação com outros públicos na realização de diversas atividades, mesmo diante das comorbidades associadas ao processo de envelhecimento.

Vale ressaltar que, a maior participação nas diversas atividades sociais está associada à percepção positiva dos idosos quanto as ações artísticas, físicas, manuais e sociais, o que aponta hoje uma melhoria na QV e salienta um processo de construção gradativa para resultados mais efetivos no futuro (SANTOS *et al.*, 2014).

Ao analisar o funcionamento do sensório, foi visto que é uma faceta classificada entre as que necessitam melhorar, assim como os dados apresentados no estudo de Silva *et al.* (2016) onde é observado um desempenho ruim entre os participantes, com grandes impactos nas habilidades sensoriais. Adamo *et al.* (2017) colocam que tal faceta é representada pela manutenção dos sentidos: audição; olfato; visão; paladar; e tato. Ao perder a capacidade de utilizá-los efetivamente, é possível que haja um comprometimento na interação pessoal e participação em diversas atividades, tornando-os consequentemente dependentes de cuidados, o que prejudica gradativamente a QV dos idosos.

Referente a faceta morte e morrer, identificada com menor média entre as demais, observou-se por meio dos escores que os idosos pensam muito em questões relacionadas a morte e no medo de sofrer antes de morrer, assim como no estudo de Paula, *et al.* (2016) indicando a insatisfação em relação as inquietações que permeiam o processo de finitude da vida, uma percepção que possivelmente pode influenciar de maneira negativa na QV.

Tavares *et al.* (2016) apresentaram resultados diferenciados, denotando morte e morrer como a faceta com maior média. Frente a isso, Ribeiro *et al.* (2017) explicam que existem diferentes formas de enfrentamento, alguns idosos encaram o envelhecimento com um luto antecipado e desejo de morrer, pois tem medo de tornar-se dependente e acabar transformando-se em um peso para seus familiares; outros trabalham sentimentos de aceitação, buscando suporte espiritual e social para enfrentar o envelhecer e suas perdas. O que justifica as disparidades encontradas entre os resultados dos estudos.

5.3 INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

O aumento constante nos índices de DF entre idosos é uma realidade cada vez mais presente no mundo, diante disso a MIF é um instrumento que foi criado pela Academia Americana de Reabilitação com o objetivo de padronizar conceitos acerca das incapacidades

motoras e cognitivas para obter um meio de avaliar as AVDs (LIMA; ARAUJO; SCATTOLIN, 2016).

A versão foi traduzida e validada para ser utilizada no Brasil, apresentando propriedades satisfatórias. É composto por dois domínios, o motor e o cognitivo, distribuídas entre categorias de avaliação específicas que podem gerar escores (RABEH; NOGUEIRA; CALIRI, 2013).

A tabela 4 especifica os domínios do MIF com suas respectivas categorias, assim como seus escores mediante resultados da pesquisa.

Tabela 4: Escore dos domínios de acordo com a soma das médias de cada categoria da MIF.

<i>Domínios</i>	<i>Categorias</i>	<i>Escore dos domínios</i>	<i>Variações possíveis</i>
MIF Motora	Autocuidado Controle esfincteriano Mobilidade Locomoção	86,83	13-91
MIF Cognitiva	Comunicação Cognição social	32,22	5-35
Escore total		119,05	18-126

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Observando-se a análise dos dados trabalhados é perceptível que tanto os escores dos domínios (motor e cognitivo), quanto o escore geral das médias dos itens que compõem o instrumento, obtiveram resultados mais próximos às referências de independência total. Isso pode ser visto por meio da tabela 4, que apresenta a subdivisão das categorias em seus respectivos domínios, motor (autocuidado, controle esfincteriano, mobilidade e locomoção) e cognitivo (comunicação e cognição social), assim como as médias dos escores dos domínios e escore total.

O estudo de Lima, Araujo e Scattolin (2016) evidencia um resultado que assemelha-se ao da presente pesquisa, sendo a média dos escores obtidos no domínio motor 88,72, no domínio cognitivo 32,73 e no escore total 121,5. De acordo com a amplitude dos itens avaliados, as pontuações estão muito próximas dos valores máximos, confirmando a sugestão de independência para a maioria dos idosos quanto às AVD's.

Entre as categorias que representam o domínio motor, a que obteve maior relevância foi “controle esfincteriano” com média 6,88, considerando os valores de referência (1-7) de cada

item que compõe a categoria. O que pode explicar tal situação é a maior faixa etária dos participantes contemplarem os idosos de 60 à 69 anos, ou seja, idosos mais jovens e ativos. Zimmermann (2017) afirma que idosos longevos tem maior índice de problemas relacionados a controle esfíncteriano, como por exemplo, a incontinência urinária e fecal.

Todas as categorias apresentaram valores aproximados, sem maiores divergências, contudo, a que obteve menor média foi “locomção” 6,30. Uma provável justificativa é o considerável número de idosos que fazem uso de tecnologia assistiva para a locomoção. No momento da aplicação do instrumento, ao indicarem que fazem uso desse tipo de tecnologia a pontuação ao invés de 7 acaba sendo 6, o que reduz a soma geral média da MIF motora.

Leite *et al.* (2018) explicam que é muito comum o uso das tecnologias assistivas na promoção e ampliação das habilidades funcionais deficitárias dos idosos, possibilitando a realização de diversas funções da vida diária que encontravam-se impedidas devido à alguma incapacidade adquirida ou mesmo ao próprio processo de envelhecimento, promovendo a independência do idoso de maneira modificada.

Tratando-se do domínio cognitivo, a categoria que obteve maior média foi “comunicação” 6,63, enquanto que “cognição social” apresentou 6,31. O estudo de Correia *et al.* (2015) evidenciou resultados semelhantes, em que a comunicação aparece como maior média em relação à categoria cognição social, podendo esclarecer essa vertente ao perceber que um dos itens que compõem a categoria comunicação é “expressão”, que por sua vez foi responsável pela maior média entre todos os itens do instrumento em ambas as pesquisas.

Sobre os itens contemplados no domínio cognitivo estão: compreensão; expressão; interação social; resolução de problemas; e memória, dos quais a maior média foi em “expressão” 6,99 e a menor foi em “compreensão” 6,28. O que refere a facilidade do idoso em expressar-se ao comunicar-se com outras pessoas, em contrapartida, a dificuldade em compreender algumas coisas que são ditas, assim como certas situações vivenciadas no dia a dia. É algo decorrente do próprio processo de envelhecimento cerebral, trata-se do gradual declínio das funções cognitivas, onde o aprender e o compreender tornam-se mais lentos (CANINEU; BASTOS, 2002).

Os itens que compõem o domínio motor em cada categoria referem-se à alimentação, higiene e apresentação pessoal, limpeza do corpo, vestir-se, uso do vaso sanitário, controle da diurese e das evacuações intestinais, transferências, marcha/cadeira de rodas e uso de escadas (SCATTOLIN; DIOGO; COLOMBO, 2007). Entre os tais, “alimentação” foi o que apresentou maior média 6,94, enquanto que “uso de escadas” mostrou a menor média 5,92, não apenas

entre os itens das categorias do domínio motor, mas também ao comparar-se à médias do cognitivo.

Valer *et al.* (2015) afirmam que os idosos consideram a prática da alimentação como algo necessário para manter um envelhecimento saudável e viver bem, sendo uma forma simples de contribuir com sua saúde de maneira independente.

Como mencionado no estudo, o índice de participantes que utilizam tecnologia assistiva para locomover-se foi significativo, o que em parte justifica o considerável quantitativo de idosos com dificuldades pra utilizar escadas. Situação que reduz os valores do domínio motor no instrumento, mas não interfere na classificação geral dos idosos como independentes.

A tabela 5 apresenta a seguir a classificação dos níveis de MIF e os escores encontrados por meio da análise dos dados evidenciados no estudo.

Tabela 5: Classificação dos níveis de MIF de acordo com o escore total, apresentado em forma de frequência e porcentagem.

<i>Escore</i> s	<i>f</i>	%
Independência	145	93,5
Dependência modificada	10	6,5
Total	155	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Assim como os resultados obtidos na presente pesquisa, Mirandola (2014) refere em seu estudo que de acordo com as médias obtidas, os idosos foram considerados independentes, mesmo ressaltando algumas situações em que existiu a necessidade de uso de tecnologia assistiva, caracterizando a independência modificada, a maior parte dos idosos mostraram-se dentro da classificação independência completa.

5.4 SENTIDO DE VIDA

Ao envelhecer, o indivíduo vivencia situações complexas de mudanças, sua percepção de mundo pode sofrer alterações de acordo com o momento em que o sujeito está experienciando, assim, possuir algo que o motive a manter-se firme enquanto passa por mais esse período da vida pode fazer a diferença.

Visto isso, o Pil test 12 é um instrumento validado por Aquino *et al.* (2009) que permite ao pesquisador avaliar o nível de realização do indivíduo quanto à presença de sentido de vida ou vazio existencial.

O instrumento é composto por questões positivas e negativas relacionadas ao modo como os sujeitos percebem suas vidas. Considerando que a pesquisa evidenciou maior número de respostas direcionadas à variável realização existencial, pode-se observar que as questões mais positivas obtiveram maiores pontuações e as negativas, menores pontuações quando representadas numa escala de 1-7 considerando os graus de concordância e discordância apresentados pelo próprio instrumento.

No estudo de Aquino *et al.* (2009) evidenciou-se um *Alfa de Cronbach* com valor geral 0,83 ao considerar os 12 itens que compõem o Pil Test 12, um bom resultado, que indica a precisão do instrumento. Uma vez que o valor acima de 0,70 revela boa consistência interna de acordo com Pestana e Gageiro (2008), observa-se que a presente pesquisa também obteve validade e precisão satisfatória, avaliada pelo *Alfa de Cronbach* com valor igual a 0,75, confirmando a confiabilidade dos dados apresentados.

As questões que demonstraram realização existencial foram tanto positivas (a vida para mim parece sempre empolgante; se eu morresse hoje, sentiria que minha vida foi muito valiosa; encarar minhas tarefas diárias é uma fonte de prazer e satisfação) ao apresentarem pontuações maiores, ou seja, mais próximas do 7, quanto negativas (geralmente estou completamente aborrecido; minha experiência pessoal é inteiramente sem sentido ou propósito; se eu pudesse escolher preferiria nunca ter nascido; quanto a alcançar metas na vida, não tenho feito nenhum progresso; minha vida é vazia, preenchida só com desespero; quanto ao suicídio, tenho pensado seriamente ao seu respeito como saída; não descobri qualquer missão ou propósito de vida) ao apresentarem pontuações menores, mais próximas de 1.

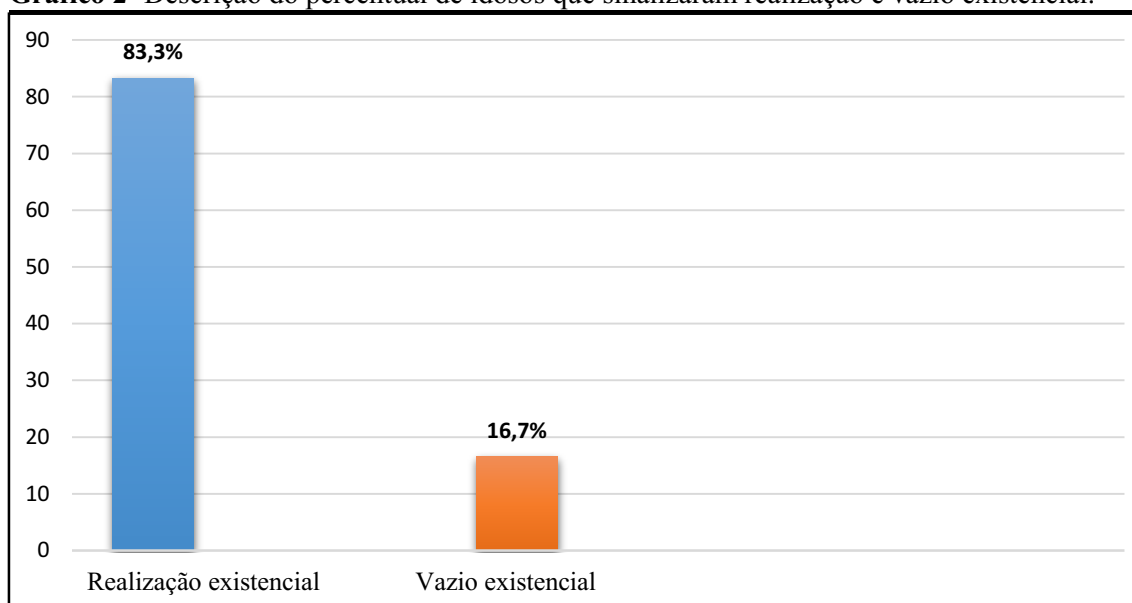
Referindo-se às questões que demonstraram o vazio existencial de acordo com as respostas obtidas na pesquisa, foram todas afirmativas positivas com baixas pontuações (tenho na vida metas e objetivos muito claros; todo dia é constantemente novo). Observa-se que um maior número de idosos discordou de tais itens. Isso pode ser reflexo de uma vivência focada na rotina diária, longe de qualquer lazer, pois a maioria dos participantes expressaram afirmativas como: “*Todos os dias são a mesma coisa*”; ou “*Não tenho mais o que esperar daqui pra frente*”.

Pinto e Pereira (2015) explicam que os idosos deveriam ser os indivíduos que melhor aproveitam situações de lazer e inovações, considerando que estão mais propensos a ociosidade e teoricamente não possuem a necessidade de trabalhar para suprir os gastos domiciliares relacionados à sobrevivência da família. No entanto, é perceptível que tal fato não se concretiza

como realidade entre os idosos atuais, tendo em vista as diversas pesquisas que refere-os como os que menos participam de atividades de lazer, principalmente no Brasil.

O gráfico 2 apresenta a representação dos percentuais de idosos que sinalizaram realização ou vazio existencial na pesquisa.

Gráfico 2- Descrição do percentual de idosos que sinalizaram realização e vazio existencial.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Como foi observado no gráfico 2, a predominância na caracterização dos idosos de acordo com o Pil test 12 foi “realização existencial”, apresentando uma boa margem de diferença sob a variável “vazio existencial”.

Percebe-se que poucas pessoas apresentaram vazio existencial, indicando que a maior parte dos idosos que participaram do estudo possuem um sentido de vida, sentem-se realizados por estarem vivenciando suas experiências de vida, possuem uma motivação que transformam o significado dos seus dias e os fazem continuar firmes diante das dificuldades da vida. Compreendendo que a busca por um propósito pelo qual viver é o que impulsiona a saída de um estado de vazio existencial (NOBRE, 2016).

O estudo de Melo *et al.* (2013) apresentou resultados semelhantes, ao avaliar o sentido de vida por meio do Pil test 12, foi constatado uma maior média de respostas relacionadas à realização existencial quando comparadas à variável vazio existencial.

Tal cenário pode ser um indicativo de que os idosos estão começando a aproveitar melhor o processo de envelhecimento, fortalecendo seus pensamentos com ideias positivas

sobre si mesmos, conseguindo encontrar cada vez mais motivos para apegar-se a sua existência, escolhendo refletir e preparar-se para uma velhice com plenitude (MARI *et al.*, 2016).

5.5 IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL E DOMICÍLIO COMPARTILHADO

A tabela 6 evidencia a associação das variáveis residir sozinho ou acompanhado com a faixa etária, sexo, renda familiar, níveis de MIF e qualidade de vida (WHOQOL OLD).

Tabela 6: Associação entre os grupos de idosos participantes da pesquisa e demais variáveis.

<i>Variáveis</i>	<i>Residem sozinhos (G1)</i>		<i>Residem acompanhados (G2)</i>		<i>Total</i>		<i>Valor de p*</i>
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
Faixa etária							
60 a 70 anos	16	50,00	63	51,22	79	50,97	0,76
71 a 80 anos	13	40,62	45	36,59	58	37,42	
81 a 95 anos	3	9,38	15	12,19	18	11,61	
Sexo							
Feminino	23	71,88	86	69,92	109	70,32	0,47
Masculino	9	28,12	37	30,08	46	29,68	
Renda familiar**							
Menos de 1 salário mínimo	1	3,12	6	4,88	7	4,52	0,02
De 1 a 2 salários mínimos	31	96,88	115	93,49	146	94,19	
De 3 a 4 salários mínimos	0	0,00	2	1,63	2	1,29	
Níveis de MIF							
Independência	31	96,87	114	92,68	145	93,55	0,62
Dependência modificada	1	3,13	9	7,32	10	6,45	
WHOQOL- OLD							
Necessita melhorar	5	15,62	28	22,76	33	21,29	0,001
Regular	27	84,38	93	75,61	120	77,42	
Boa	0	0,00	2	1,63	2	1,29	
Total	32	20,65	123	79,35	155	100,00	

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Significância estatística (considera-se $p < 0,05$ estatisticamente significante).

**No período da pesquisa o salário mínimo equivalia à R\$ 954,00.

Ao avaliar o perfil geral dos dois grupos de idosos que participaram da pesquisa, foi possível identificar que ambos obtiveram características semelhantes. Sendo a maioria na faixa etária entre 60 e 70 anos, sexo feminino, com renda de 1 a 2 salários mínimos, nível de MIF “independente” e qualidade de vida regular.

Contudo, ao analisar os dados e comparar os percentuais dos dois grupos, idosos que residem sozinhos (G1) e idosos que residem acompanhados (G2), observou-se que apesar de não haver diferença significativa, G2 discretamente obteve um percentual maior que G1 na

faixa etária entre 60 e 70 anos. Além disso, em G1 foi evidenciado o menor percentual de idosos entre 81 e 95 anos, o que pode estar relacionado à um maior índice de dependência nos idosos longevos, chegando a impossibilitar a prática de residir em domicílio unipessoal.

Novais *et al.* (2016) apresentam em seu estudo que a maioria dos idosos longevos possuem alguma doença, sentem dor com frequência e nas atividades instrumentais de vida diária mostram dependência. Muitas doenças acabam sendo adquiridas devido ao próprio processo de envelhecimento, por meio das alterações funcionais e morfológicas, principalmente as crônicas-degenerativas, o que por vezes impossibilita o sujeito de morar sozinho.

Ao observar a variável sexo, percebeu-se que G1 tem um maior percentual de mulheres quando comparado a G2, o que evidencia um grande número de idosas que residem sozinhas. Corroborando com os resultados encontrados no estudo de Melo, Teixeira e Silveira (2017), onde as mulheres possuem uma predominância entre os idosos que residem em domicílio unipessoal.

Reis (2017) explica tal situação demográfica por meio do fenômeno da feminilização do envelhecimento populacional, onde por si só a quantidade de mulheres idosas é superior a de homens. Além disso, as condições emocionais e sociais femininas muitas vezes são mais aprimoradas e desenvolvidas que as dos homens, ou seja, as mulheres tem uma facilidade maior de engajar-se em grupos de convivência, em manter uma boa socialização considerando a QV ao envelhecer. Exemplo disso, é o fato de que as mulheres ao ficarem viúvas não costumam ter interesse em buscar um novo casamento com a mesma intensidade que os homens idosos, mostrando-se mais independentes socialmente.

Vale ressaltar que, entre os idosos da pesquisa foi evidenciado no G2 o maior número de participantes do sexo masculino. O que levanta a hipótese que os homens idosos costumam necessitar mais de familiares e cuidadores para que obtenham uma boa QV. No decorrer da pesquisa foi facilmente notável o tradicionalismo, assim como antigos costumes enraizados entre os participantes, onde os homens estão acostumados a serem cuidados, de modo que, as idosas se cobram por realizar atividades domésticas e de cuidado com o cônjuge e família, enquanto que os homens idosos apenas cobram para que essas tarefas sejam realizadas, o que demonstra de certa forma um grau de dependência maior.

Historicamente sabe-se que a prática do cuidar era algo direcionado à mulher, onde as mães treinavam suas filhas desde novas à responsabilizar-se pelas atividades domésticas e de cuidado com os homens da família, crianças e idosos, no entanto, atualmente, a criação dos jovens é diferenciada, além disso, hoje também existem cuidadores homens, algo jamais

pensado em tempos antigos. Porém, é importante considerar com o advento da longevidade que muitas mulheres que viveram naquela época são as idosas de hoje, que acabaram tornando-se cuidadoras de outros idosos. Tais circunstâncias contribuem para que os idosos do sexo masculino ainda possuam uma visão tradicional, dependente e optem por não morar sozinhos (MEIRA *et al.*, 2017).

Quanto a renda familiar, foi visto que a maioria dos idosos que sobrevivem com menos de um salário mínimo ou com mais de três, residem em domicílio compartilhado, enquanto que o maior quantitativo de idosos com renda equivalente a um ou dois salários mínimos foi encontrado no G1. É importante salientar que ao analisar a associação entre as variáveis, notou-se a consistência de uma boa significância estatística ($p=0,02$).

O estudo de Cardoso, Sampaio e Vilela (2017) apresentou resultados correspondentes aos da presente pesquisa, acrescentando que as despesas familiares podem ser compartilhadas pelos integrantes da casa, ou o idoso acaba por tornar-se o provedor da família. Diante disso, evidencia-se que a renda obtida por meio do idoso acaba tendo função importante para aqueles que residem em domicílio compartilhado. De acordo com a quantia adquirida com a renda familiar, pode haver um estímulo para que o idoso torne-se independente e decida morar sozinho ou atrair familiares para compartilhar do benefício. Do mesmo modo que rendas insuficientes para a sobrevivência do idoso podem atrair familiares por questões emocionais e de cuidado, na oferta de subsídios para melhoria da QV.

A realidade vivenciada hoje aponta para uma fase em que não se pode considerar apenas aspectos sociais e econômicos para identificar a QV dos sujeitos, é preciso compreender também os aspectos relacionados à saúde, o surgimento de doenças, os gastos com medicamentos, o que sobra para o sustento alimentar e demais despesas. Sabe-se que boa parte da renda dos idosos é empenhada em gastos com a saúde e está ligada à sobrevivência, dando margem a questionamentos quanto a suficiência ou não para satisfazer as necessidades básicas de alimentação e saúde ao considerar uma margem de um a dois salários mínimos mensais (LUIZ; LORETO; FERREIRA, 2018).

Ao considerar os níveis de MIF dos idosos, foi visto que tanto G1 como G2 possuem resultados relevantes que classificam os idosos do estudo como independentes. No entanto, ao comparar ambos os grupos, percebe-se que entre os independentes existe um maior percentual voltado aos que residem em domicílio unipessoal, enquanto que os caracterizados em dependência modificada estão mais concentrados entre os que residem em domicílio compartilhado.

Stamm *et al.* (2017) mostraram resultados semelhantes em seu estudo, havendo um número maior de idosos que residem sozinhos como independentes, enquanto que a maioria dos que residem acompanhados apresentaram dependência modificada. É relevante manter a compreensão que o idoso residente em domicílio unipessoal geralmente é caracterizado por ser mais autônomo e independente que o idoso que reside acompanhado, principalmente quando o status de moradia é alternativa própria do sujeito.

Quando a escolha de morar sozinho é própria do idoso, Perseguino, Horta e Ribeiro (2017) explicam que a família costuma procurar observar de antemão a capacidade em tomar decisões e desenvolver atividades rotineiras, e mesmo precisando de ajuda em certas práticas, costuma respeitar a vontade individual do idoso. Por vezes são encontradas algumas doenças crônicas de base, mas essas não costumam interferir como uma limitação para o processo de adaptação ao domicílio unipessoal.

Diniz *et al.* (2016) evidenciaram que residir acompanhado está comumente associado a dependência, assim sendo, a maioria dos idosos que residem com familiares ou demais cuidadores, possuem algum grau de dependência ou preferem residir com pessoas conhecidas por medo do surgimento de comorbidades relacionadas ao próprio envelhecimento.

Referindo-se a QV dos idosos que participaram do presente estudo foi evidenciado que G1 e G2 possuem uma QV regular, porém, ao analisar separadamente cada variável, observou-se que o G1 possui um percentual maior de idosos com QV regular, sendo o G2 responsável por maiores valores voltados ao idosos que consideram sua QV dentro dos parâmetros “necessita melhorar” e “boa”. Ressalta-se que foi encontrada significância estatística na associação das variáveis ($p=0,001$).

Ao observar a realidade vivenciada pelos idosos da pesquisa, entende-se que não existe uma causa específica que os impeça de classificar sua vida como boa, trata-se de um conjunto de fatores que associados contribuem para uma QV regular. Uma hipótese é que entre esses fatores estejam os problemas de saúde, emocionais e econômicos, dificuldades enfrentadas pelos idosos que apesar de interferir na QV do sujeito não a classifica na categoria “necessita melhorar”.

Segundo Magalhães (2015), a QV do idoso hoje é realmente algo questionável, pois as pessoas estão envelhecendo e com a longevidade houve um aumento no número de residentes em domicílio unipessoal, no entanto, a renda oferecida para que consigam um padrão de vida adequado está longe do suficiente para custear todas as despesas advindas com gastos domésticos e de saúde. São questões que afetam diretamente a QV do idoso, considerando que

aqueles que residem sozinhos muitas vezes não possuem um suporte familiar para apoiá-los nessas situações, tendo em vista que alguns decidem trabalhar, mesmo com a presença de doenças crônicas, limitações, sendo mal remunerados, tudo para conseguir custear suas despesas.

Os idosos que residem acompanhados podem desenvolver uma melhor QV devido o contato direto constante com familiares e o cuidado recebido no dia-a-dia, chegando a caracterizar sua vida como “boa”, entretanto, é certo que a realidade da maioria dos que compactuam com esse status de moradia costuma ser diferente, Leite *et al.* (2012) acrescenta que no geral, esses idosos possuem alguma incapacidade, uma dependência que pode inclusive comprometer não apenas sua QV mas daqueles que estão próximos e que nutrem algum sentimento pelo idoso.

Visto isso, frente à fatores depreciativos multicausais observados no contexto do processo de envelhecimento, compreende-se a percepção dos idosos que moram acompanhados sobre sua QV ser algo que necessita melhorar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o perfil dos idosos que participaram do estudo, foi visto que o grupo dos que residem sozinhos, assim como o dos que residem acompanhados apresentaram perfis gerais semelhantes, divergindo apenas ao considerar separadamente cada variável e categoria da pesquisa.

Os níveis de capacidade funcional dos idosos foram satisfatórios, pois os dois grupos mostraram em sua maioria “independência”, no entanto, é preciso evidenciar que os idosos que apresentaram dependência modificada estavam muito mais concentrados entre os que residem em domicílio compartilhado.

Mesmo ambos os grupos apresentando em linhas gerais uma QV regular, observou-se que os idosos que residem sozinhos obtiveram melhor QV que os que residem acompanhados, mantendo a percepção que todos os classificados como “necessita melhorar” estavam presentes no grupo de idosos que residem em domicílio compartilhado, assim como aqueles com maiores índices de dependência, sugerindo uma relação entre o déficit na capacidade funcional e a repercussão negativa na QV desses idosos.

Ao avaliar a resposta dos idosos por meio do Pil test 12 foi visto que a maioria possui um sentido de vida, um propósito, algo que o motiva a continuar seguindo sua vida mesmo com os obstáculos que surgem no caminho, conseguindo sentir-se realizados por estarem vivenciando suas experiências, o que pode ser comprovado por meio do percentual mais elevado na categoria “realização existencial” quando comparado ao “vazio existencial”.

Numa correlação entre o elevado índice geral de realização existencial e o de idosos independentes, percebe-se que o sentido de vida pode ser um recurso protetor capaz de diminuir os efeitos da DF e contribuir na qualidade de vida, considerando a DF como um dos principais fatores que afetam diretamente na QV dos idosos.

Além da DF, foi visto no estudo que existem outros fatores que contribuem para um declínio na QV dos idosos de ambos os grupos, desde questões físicas á emocionais e econômicas. Acredita-se que com o surgimento de políticas públicas mais efetivas, que ofereçam um melhor suporte aos idosos, é possível facilitar o desenvolvimento de um envelhecimento mais ativo e saudável, utilizando-se de práticas condizentes à faixa etária, atendendo às necessidades básicas de vida, principalmente dos idosos longevos que residem em domicílio unipessoal e não possuem apoio familiar.

Vale ressaltar que durante a realização do presente estudo, foi evidenciada como limitação a indisponibilidade das Agentes Comunitárias de Saúde à apresentar os mapas com as localizações das casas dos idosos à pesquisadora, assim como alguns assaltos no território adscrito da Unidade Básica de Saúde inserida no estudo, fazendo com que os idosos apresentassem resistência, o que dificultou bastante o processo de coleta dos dados.

De acordo com as várias hipóteses apresentadas na pesquisa mediante os fatores que podem repercutir negativamente na QV dos idosos, sugere-se o desenvolvimento de mais estudos relacionados ao assunto para melhor compreensão, assim como criação e aprimoramento de estratégias capazes de reduzir os déficits encontrados na realidade dos idosos que os distanciam de uma boa QV.

REFERÊNCIAS

ADAMO, C. E. *et al.* Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v.20, n. 4, p. 550-560, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/4038/403852563010/>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

ALMEIDA, M. L. F. **Autocuidado e promoção da saúde do idoso:** contributo para uma intervenção em enfermagem. 2011. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84722/2/30764.pdf>>. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

ANTES, D. L. *et al.* Perfil socioeconômico dos idosos de Florianópolis: Análise comparativa dos estudos perfil do idoso 2002 e EpiFloripa idoso 2009. **Rev Bras Epidemiol.** p. 189-202,

2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n1/pt_1415-790X-rbepid-17-01-00189.pdf>. Acesso em: 15 de Setembro de 2018.

AQUINO, T. A. A. *et al.* Atitude religiosa e sentido da vida: Um estudo correlacional. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 29, p. 228-243, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a03.pdf>>. Acesso em 20 de Abril de 2018.

AQUINO, T. A. A. *et al.* Avaliação de uma proposta de prevenção do vazio existencial com adolescentes. **Psicologia Ciência Profissão**. Brasília, v. 31, n. 1, p. 146-159, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n1/v31n1a13.pdf>>. Acesso em: 22 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 Profissão**. Brasília, 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: 22 de Abril 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: 26 de Abril de 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**. n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em: <<http://webserver.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em: 15 de Abril de 2018.

ARAUJO, C. L. O.; FARO, A. C. M. Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do Vale Paraíba, São Paulo, Brasil. **Rev. Eletro. Trimes. de Enf.** 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_clinica5.pdf>. Acesso em: 12 de Outubro de 2018.

BARBOSA, K. T. F. *et al.* Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf>. Acesso em: 22 de Abril 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 04 de Abril de 2018.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro 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, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 19 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em 20 de Abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

BRITO, T. A. *et al.* Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf>. Acesso de 04 de Abril de 2018.

CAMARGOS, M. C. S.; GONZAGA, M. R. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 31, n. 7, p. 1460-1472, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02724.pdf>. Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. **Transtorno cognitivo leve**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.128-132.

CARDOSO, L. K. B.; SAMPAIO, T. S. O.; VILELA, A. B A. Cuidados fornecidos por familiares relacionados à convivência com o idoso. **Revista Kairós – Gerontologia**. v. 20, n. 1, p. 353-367, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p353-367/23088>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma população idosa brasileira**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5779/000520088.pdf?sequenc>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. 2 ed. NESCON/UFMG. Belo Horizonte, 2013. 167 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>>. Acesso em: 15 de Abril de 2018.

CORREIA, A. S. *et al.* Independência funcional de idosos em regime de assistência domiciliar. **Revista Amazônia Science & Health**. v. 3, n. 3, p. 10-16, 2015. Disponível em:

<<http://186.192.241.211/index.php/2/article/view/958/373>>. Acesso em: 18 de Setembro de 2018.

CRUMBAUGH, J. C.; MAHOLICK, L. T. An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neuroses. **Journal of Clinical Psychology**, v. 20, n. 2, p. 200-207, 1964. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c9af/8dd8be54aa070ac5a9b6190b205c49f957a3.pdf>>. Acesso em: 04 de Abril de 2018.

DAMÁSIO, B. F.; MELO, R. L. P.; SILVA, J. P. Sentido de vida, bem-estar psicológico e qualidade de vida em professores escolares. **Paidéia**, v. 23, n. 54, p. 73-82, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v23n54/0103-863X-paideia-23-54-00073.pdf>>. Acesso em: 22 de Abril de 2018.

DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. (Org.). **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. Marília: Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 296 p. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano_ebook.pdf>. Acesso em: 08 de Abril de 2018.

DINIZ, A. S. S. *et al.* Capacidade funcional da pessoa idosa inserida no programa de atendimento domiciliar em São Luís – MA. **Rev Pesq Saúde**. v. 17, n. 2, p. 74-79, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6079>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2006. Disponível em: <<http://maratavarespsictics.pbworks.com/w/file/attach/74302802/FACHIN-Odilia-fundamentos-de-Metodologia.pdf>>. Acesso em: 15 de Abril de 2018.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 08 de Abril de 2018.

FLECK, M. P; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/07.pdf>>. Acesso em: 17 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. 3, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>>. Acesso em: 19 de Abril de 2018.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e sentido da vida**. São Paulo: Quadrante, 1989 (Originalmente publicado em 1946).

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, 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: 25 de Abril de 2018.

GUIOMAR, V. C. R. V. Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada. **Psico. Logia. PT-** o portal dos psicólogos. 2012. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0261.pdf>>. Acesso em: 14 de Outubro de 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: sinopse do censo e resultados preliminares do Universo. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 04 de Abril de 2018.

_____. **Panorama, história e fotos do município de Cajazeiras**. Brasil, Paraíba, Cajazeiras, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pb/cajazeiras/panorama>>. Acesso em: 19 de Abril de 2018.

_____. **Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018**. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. Brasília, v. 27 n.1, p. 164-180, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v27n1/09.pdf>>. Acesso em: 25 de Abril de 2018.

LEITE, E. S. *et al.* Tecnologia assistiva e envelhecimento ativo segundo profissionais atuantes em grupos de convivência. **Rev Esc Enferm USP**. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/1980-220X-reeusp-52-e03355.pdf>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

LEITE, M. T. *et al.* Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a09>>. Acesso em: 15 de Setembro de 2018.

LIMA, B. M.; ARAUJO, F. A.; SCATTOLIN, 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/viewFile/907/749>>. Acesso em: 12 de Outubro de 2018.

LOURENÇO, T. M. *et al.* Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20717/19509>>. Acesso em 28 de Abril de 2018.

LUIZ, K. K. I.; LORETO, M. D. S.; FERREIRA, M. A. M. Condições dos idosos em arranjos unipessoais no Brasil. **Socied. em Deb.** Pelotas. v. 24, n. 2, p. 122-136, 2018. Disponível em: <<http://rle.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/1611/1183>>. Acesso em: 14 de Outubro de 2018.

LUZ, E. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 17, n. 2, p. 303-314, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00303.pdf>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

MAGALHÃES, K. A. **Envelhecimento e cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde.** 2015. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisas René Rachou, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10757/2/Tese%20Kelly%20vers%C3%A3o%20final%20-%20defesa%20em%2004-02-2015.pdf>>. Acesso em: 15 de Setembro de 2018.

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

MARI, F. R. *et al.* O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 19, n. 1, p. 35-44. 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773004.pdf>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

MEIRA, E. C. *et al.* Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. **Anna Nery-Rev. Enf.** v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1517>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

MELO, N. C. V.; TEIXEIRA, K. M. D.; SILVEIRA, M. B. Consumo e perfil social e demográfico dos diferentes arranjos domiciliares de idosos no Brasil: análises a partir dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 20, n. 5, p. 607-617, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403853542002.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

MELO, R. L. P. *et al.* Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 239-250, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/04.pdf>>. Acesso em: 30 de Abril de 2018.

MENDONÇA, J. M. B. **Políticas públicas para idosos no Brasil: análise à luz da influência das Normativas Internacionais.** 2015. Tese (Doutorado em Serviço Social) Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18823/1/2015_JurilzaMariaBarrosMendonca.pdf>. Acesso em: 17 de Abril de 2018.

MIRANDOLA, A. R. **Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de idosos.** 2014. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) Instituto de Geriatria e Gerontologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5775/1/000457208-Texto%2bCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro 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: 30 de Abril de 2018.

NEVES, S. J. F. *et al.* Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v. 47, n. 4, p. 759-68, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0759.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

NOBRE, M. A. R. Purpose in life test (pil-test): evidências de validade e precisão. **Revista Logos & Existência**, v. 5, n. 1, p. 89-118, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/le/article/view/31361/16723>>. Acesso em: 27 de Abril de 2018.

NOVAIS, M. M. *et al.* Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos longevos residentes em domicílio. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 23, n. 3, p. 67-72, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/280/220>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

OLIVEIRA, J. R.; ROCHA JÚNIOR, P. R. Qualidade de vida e Capacidade Funcional do idoso institucionalizado. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 343-353, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/23216/16772>>. Acesso em: 27 de Abril de 2018.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n4/1069-1078/>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. World Health Organization. Tradução: Suzana Gontijo - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano_ebook.pdf>. Acesso em: 18 de Abril de 2018.

OTTENBACHER, K. J. *et al.* The Reliability of the Functional Independence Measure: A Quantitative Review. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 77, p. 1226-32, 1996. Disponível em: <[https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(96\)90184-7/pdf](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(96)90184-7/pdf)>. Acesso em: 17 de Setembro 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. **Rev. Bra. Edu. Saúde**. v. 6, n. 2, p. 01-07, 2016. Disponível em: <<https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/4018/3712>>. Acesso em: 17 de Setembro de 2018.

PAULA, G. R. *et al.* Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. **Rev. Bras. Enferm**. v. 69, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200242&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

PEDROSO, B. *et al.* WHOQOL-SRPB-BREF, WHOQOL-OLD-BREF e WHOQOL-AGE: análise das novas versões abreviadas dos instrumentos WHOQOL. **Espacios**, v. 36, n. 19, p. 15, 2015. Disponível em: <<http://www.revistaespacios.com/a15v36n19/15361915.html>>. Acesso em: 27 de Abril de 2018.

PERSEGUINO, M. G.; HORTA, A. L. M.; RIBEIRO, C. A. A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 2, p. 251-7, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/2670/267050430003/>>. Acesso em: 18 de Outubro de 2018.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: complementaridade do SPSS.** 5. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 690 p.

PINTO, M. R.; PEREIRA, D. R. M. Investigando o consumo de lazer por idosos. **PODIUM Sport, Leisure and Tourism Review.** v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.podiumreview.org.br/ojs/index.php/rigesporte/article/view/101/pdf>>. Acesso em: 18 de Setembro 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: 08 de Abril de 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: 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: 26 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. 153-6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/coluna/v12n2/13.pdf>>. Acesso em: 12 de Outubro de 2018.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R.; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 43-54, 2010. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5527/3979>>. Acesso em: 30 de Abril de 2018.

RAMOS, J. L.C.; MEIRA, E. C.; MENEZES, M. R. Idosos sozinhos: razões para o envelhecer em domicílio unipessoal. **Memorialidades**, n. 19, p. 9-24, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/viewFile/12/9>>. Acesso em: 26 de Abril de 2018.

REIS, D. M. M. Os direitos humanos das mulheres e o “fenômeno da feminização do envelhecimento” em um centro de convivência de idosos da cidade de DOURADOS-MS. **Anais do XIV Congresso Internacional de Direitos Humanos.** 2017. Disponível em: <<https://cidh2017.files.wordpress.com/2017/10/ar-gt1-23.pdf>>. Acesso em: 18 de Setembro 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://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/view/29/ESTUDO%20DA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA%20DE%20IDOSOS%20N%C3%83O%20INSTITUCIONALIZADOS>>. Acesso em: 27 de Setembro de 2018.

RIBEIRO, D. K. M. N. *et al.* O emprego da medida de independência funcional em idosos. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e66496.pdf>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

RIBEIRO, I. L. A.; VELOSO, H. H. P.; SOUZA, K. C. Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa-PB, Brasil. **Rev Cubana Estomatol**. v. 49, n. 3, 2012. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300002>. Acesso em: 20 de Setembro 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: 24 de Abril de 2018.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **ACTA FISIATR**. v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004. Disponível em: <<https://toneurologiaufpr.files.wordpress.com/2013/03/mif-validac3a7c3a3o-no-brasil1.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro 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**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>>. Acesso em: 10 de Abril de 2018.

SAMPAIO, L. S. *et al.* Cognição e capacidade funcional de idosos em coresidência e morando sozinho. **Anais CIEH** - ISSN 2318-0854, v. 2, n.1, 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA8_ID2379_26072015211744.pdf>. Acesso em 25 de Abril de 2018.

SANTANA, E. S. *et al.* Percepção de idosos com dependência funcional no interior da Bahia: limites do envelhecer. **Revista UNIABEU**, v.10, n. 24, p. 206-219, 2017. Disponível em: <<http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/viewFile/2529/pdf>>. Acesso em: 23 de Abril de 2018.

SANTOS, D. F. *et al.* A arte de morar só e ser feliz na velhice. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**. ISSN 2176-901X. São Paulo, v. 8, p. 109-123, 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6918/5010>>. Acesso em: 27 de Abril de 2018.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Rev. Enferm. Cent. O. Min**. v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2014. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/593/749>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

SANTOS, M. V. L.; CARNEIRO, L. V.; VASCONCELOS, M. S. A importância da atenção básica junto aos idosos que residem sozinhos. **Anais CIEH** - ISSN 2318-0854, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA4_ID2534_26072015210321.pdf>. Acesso em: 10 de Abril de 2018.

SANTOS, P. M. *et al.* Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. v. 19, n. 4, p. 494-503, 2014. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3254/pdf200>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

SCATTOLIN, F. A. A.; DIOGO, M. J. D.; COLOMBO, R. C. R. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 11, p. 2705-2715, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n11/2705-2715/pt>>. Acesso em: 17 de Setembro de 2018.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 23 de Abril de 2018.

SILA, M. B. *et al.* A qualidade de vida dos idosos participantes de uma universidade aberta à terceira idade. **Anais V CIEH**. ISSN 2318-0854. v. 1, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD2_SA1_ID220_11092017194656.pdf>. Acesso em: 15 de Setembro de 2018.

SILVA, A. L. S. *et al.* Perfil epidemiológico dos idosos de uma Unidade Saúde da Família. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**. v. 11, n. 2, p. 27-33, 2009. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/1490/1428>>. Acesso em: 10 de Outubro de 2018.

SILVA, A.; PRÁ, K. R. D. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**. v. 6, n. 1, p. 99-115, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/7382/5754%20/>>. Acesso em: 15 de Outubro de 2018.

SILVA, I. M. C.; ANDRADE, K. L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo. v. 11, n. 2, p. 129-34, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3561.pdf>>. Acesso em: 20 de Setembro de 2018.

SILVA, L. R. V. *et al.* Associação entre o tempo de participação em centro de convivência e qualidade de vida de idosos. **Anais I CONESF**. ISSN 2447-2131. João Pessoa-PB. 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/11/conesf15.pdf>>. Acesso em: 18 de Outubro de 2018.

SOUZA, D. P. *et al.* Qualidade de vida em idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Id on Line Rev. Psic.** v. 10, n. 31, 2016. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/547/733>>. Acesso em: 14 de outubro de 2018.

STAMM, B. *et al.* Cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. **Rev. baiana enferm.** v. 31, n. 2, 2017. Disponível em: <<https://rigs.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17407/14577>>. Acesso em: 16 de Setembro de 2018.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3557.pdf>>. Acesso em: 25 de Setembro de 2018.

TAVARES, K. O. *et al.* Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Revista Kairós Gerontologia.** São Paulo, Brasil, v. 15, n. 3, p. 105-118, 2012. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979/10186>>. Acesso em: 08 de Abril de 2018.

VALER, D. B. *et al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p.809-819, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149738/001003466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 de Outubro de 2018.

ZIMMERMANN, K. C. G. **Caracterização social, democrática e de saúde associadas a incontinência urinária e fecal em idosos longevos do sul de Santa Catarina.** 2017. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5203/1/KARINA%20CARDOSO%20GULBIS%20ZIMMERMANN.pdf>>. Acesso em: 12 de Outubro 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 **DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO**, sob responsabilidade da acadêmica de enfermagem **MARIA JOYCE**

TAVARES ALVES, coordenado pela professora Ms. **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 que residem em domicílio unipessoal e compartilhado** e se faz necessário **para que seja possível obter uma compreensão acerca das semelhanças ou disparidades entre os grupos de idosos evidenciados na pesquisa, viabilizando identificar entre eles qual possui maior índice de dependência funcional, assim como obter uma melhor compreensão da visão do idoso inserido no contexto da dependência sobre sua qualidade de vida, utilizando o sentido de vida como elo de enfrentamento. Ademais, almeja-se que esse trabalho possa instigar o desenvolvimento de mais estudos envolvendo a problemática e o instrumento de intervenção, à procura de métodos facilitadores para lidar com os idosos que possuem dependências, podendo incluir nesse processo, familiares, profissionais de saúde e comunidade.**

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: **após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) inicialmente será aplicado o Mini Exame do Estado Mental, um instrumento com carácter de seleção, que deverá ser utilizado para identificar quais idosos possuem capacidade cognitiva preservada, podendo contribuir como participante do estudo, logo após, o sujeito deverá responder à questões relativas referentes aos dados sociodemográficos. Em seguida, a coleta dos dados consistirá no uso de três instrumentos validados: Teste de propósito de vida (PIL-Test 12); Medida de independência funcional (MIF); e o Questionário da qualidade de vida para idosos (WHOQOL-OLD). Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos por não incluir procedimentos invasivos ou experimentais, no entanto, o participante pode vir a sentir-se insatisfeito ou mesmo incomodado ao compartilhar algumas informações, possibilitando algum tipo de sofrimento psíquico ou emocional ao responder questões que dizem respeito a sua qualidade de vida, capacidade funcional e sentido de vida. Nesse caso, a aplicação do instrumento deverá ser suspensa até que o participante sinta-se à vontade para continuar, procurando sempre deixar o participante confortável, acalmando-o por**

meio de uma abordagem humanizada e compreensiva. Os benefícios da pesquisa serão: possibilitar uma apropriação melhor do pesquisador sobre a temática, mediante a compreensão da visão dos idosos acerca da problemática em estudo, podendo identificar e solucionar déficits ligados a dependência funcional e qualidade de vida por meio dos resultados da pesquisa.

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 **MARIA JOYCE TAVARES ALVES** e **CÍCERA RENATA DINIZ VIEIRA SILVA**, 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: Maria Joyce Tavares Alves

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Telefone: (83) 9 9308-2069

Email: joyce.alves_26@hotmail.com

Dados para contato com o responsável pela pesquisa

Nome: Cícera Renata Diniz Vieira Silva

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande

Telefone: (83) 9 9620-7454

Email: renatadiniz_enf@yahoo.com.br

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.

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 2018.

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 DOS PESQUISADORES



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

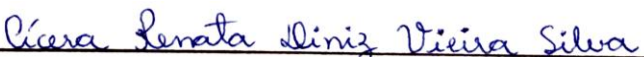
TERMO DE COMPROMISSO DO(S) PESQUISADOR(ES)

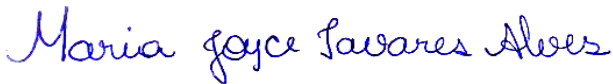
Por este termo de responsabilidade, nós abaixo–assinados, Orientador e Orientando(s) respectivamente, da pesquisa intitulada “**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO**”, assumimos cumprir fielmente 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 Maio de 2018.


Orientador(a)


Orientanda

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO**” 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.

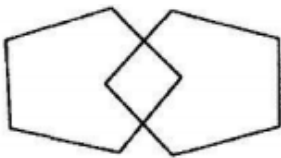
Cajazeiras – PB, 07 de Maio de 2018.

Cíara Lenata Diniz Vieira Silva
Orientadora

Maria Joyce Lavarés Alves
Orientanda

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 – 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 C – Medida de Independencia 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		1º Av.	2º Av.	3º 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						

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.

ANEXO D – Questionário de 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	Extremamente
1	2	3	4	5

Old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

Old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

ANEXO E – MANUAL DE 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 COMPATIVELIS 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.

ANEXO F – 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: **“Dependência funcional e o sentido de vida: Repercussões na qualidade de vida de idosos residentes em domicílio unipessoal e domicílio compartilhado”**, a ser desenvolvido pela aluna **Maria Joyce Tavares Alves**, 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 Gonçalves de Andrade
Departamento de Educação em Saúde

José Anderson G. de Andrade
Coord. do Dep. de Educação em Saúde
Portaria 258/2018

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFCG - CENTRO DE
FORMAÇÃO DE
PROFESSORES - CAMPUS DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO

Pesquisador: Cícera Renata Diniz Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90479518.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.786.390

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO", CAE 90479518.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Cícera Renata Diniz Vieira, trata-se de um estudo para identificação de idosos que possuem maior índice de dependência funcional, assim como obter uma melhor compreensão da visão do idoso inserido no contexto da dependência sobre sua qualidade de vida, utilizando o sentido de vida como elo de enfrentamento.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado "DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO" tem como objetivo geral analisar o sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado, e os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos;
- Identificar fatores de risco para a dependência funcional em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado;
- Comparar a qualidade de vida em idosos que residem em domicílio unipessoal e compartilhado;

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: 2.786.390

- Correlacionar a dependência funcional com o sentido de vida e 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 dos idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que o estudo oferece riscos mínimos por não incluir procedimentos invasivos ou experimentais. No entanto, o participante pode vir a sentir-se insatisfeito ou mesmo incomodado ao compartilhar algumas informações, possibilitando algum tipo de sofrimento psíquico ou emocional ao responder questões que dizem respeito a sua qualidade de vida, capacidade funcional e sentido de vida. Nesse caso, a aplicação do instrumento deverá ser suspensa até que o participante sinta-se a vontade para continuar, procurando sempre deixar o participante confortável, acalmando-o por meio de uma abordagem humanizada e compreensiva.

Os benefícios apontados é o de possibilitar uma apropriação melhor do pesquisador sobre a temática, mediante a compreensão da visão dos idosos acerca da problemática em estudo, podendo identificar e solucionar déficits ligados a dependência funcional e qualidade de vida por meio dos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado "DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SENTIDO DE VIDA: REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES EM DOMICILIO UNIPESSOAL E DOMICILIO COMPARTILHADO" apresenta como amostra 246 indivíduos idosos (no mínimo de 60 anos) residentes na área referente à Unidade Básica de Saúde (UBS) João Bosco Braga Barreto, divididos em dois grupos: domicílio unipessoal e domicílio compartilhado. A coleta de dados ocorrerá nos turnos manhã e tarde, com datas e horários previamente pactuados com a equipe da UBS. A coleta dos dados consistirá no uso de três instrumentos validados: PIL-Test 12; MIF; e o WHOQOL-OLD. Também será utilizado um questionário incluindo questões relativas aos dados sociodemográficos dos sujeitos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O pesquisador responsável redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens necessários à aprovação do projeto de pesquisa: termo de anuência da Secretaria de Educação em Saúde; folha de rosto; um instrumento de seleção e quatro instrumentos de pesquisa; projeto de pesquisa completo; termo de consentimento livre e

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075

CEP: 58.900-000

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

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



Continuação do Parecer: 2.786.390

esclarecido; termo de compromisso pesquisador responsável.

Recomendações:

Sugere-se acrescentar ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o direito do participante de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

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_1141578.pdf	24/05/2018 22:50:37		Aceito
Outros	TERMO_RESULTADOS.pdf	24/05/2018 22:49:37	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO_PESQUISA DORES.pdf	24/05/2018 22:49:13	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_4.pdf	24/05/2018 22:48:46	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_3.pdf	24/05/2018 22:48:29	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_2.pdf	24/05/2018 22:48:12	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_1.pdf	24/05/2018 22:47:53	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_SELECAO.pdf	24/05/2018 22:46:57	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	24/05/2018 22:46:28	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	24/05/2018 22:45:31	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2018 22:45:12	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/05/2018 22:44:59	Cícera Renata Diniz Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

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: 2.786.390

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 26 de Julho de 2018

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)