



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MAÍRA DA MOTA GOMES**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO  
UNIPESSOAL**

**CAJAZEIRAS - PB  
2016**

**MAÍRA DA MOTA GOMES**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO  
UNIPESSOAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande como pré-requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ms. Iluska Pinto da Costa

**CAJAZEIRAS - PB**

**2016**

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

G633q Gomes, Máira da Mota  
Qualidade de vida de idosos que residem em domicílio unipessoal /  
Maria da Mota Gomes. - Cajazeiras, 2016.  
66f.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Iluska Pinto da Costa.  
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Idoso - qualidade de vida. 2. Saúde da família. 3. Idoso – domicílios unipessoais. I. Costa, Iluska Pinto da. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

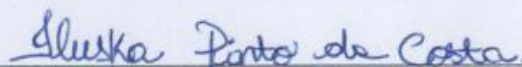
CDU - 613.98

## MAÍRA DA MOTA GOMES

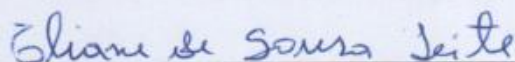
### QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL

Aprovado em: 16 / 05 / 2016

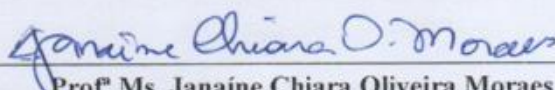
#### BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Ms. Iluska Pinto da Costa  
(Orientadora – ETSC/CFP/UFCG)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane de Sousa Leite  
(Membro Examinador – UAENF/CFP/UFCG)



Prof.<sup>a</sup> Ms. Janaine Chiara Oliveira Moraes  
(Membro Examinador – UAENF/CFP/UFCG)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me proteger em todas as minhas caminhadas.

Aos meus Pais Antônio e Maria Clara que me proporcionaram as maiores riquezas que alguém poderia ter: amor, honestidade, caráter e força para lutar pelos meus sonhos, sem deixar-se abater pelos obstáculos da caminhada. Amo vocês!

Ao meu noivo Alsivan Moraes que em cada momento, alegre ou triste, sempre esteve comigo me apoiando e demonstrando que antes das vitórias temos que enfrentar as difíceis batalhas que a vida nos impõe, obrigado você foi um presente de Deus!

Aos meus amados irmãos Marcelo e Márcia que chegaram com palavras de incentivo nos momentos em que a desesperança se fez presente.

Ao meu tio Cleudomar e a minha prima Luciana os quais me apoiaram dia-a-dia.

À minha orientadora Professora Ms. Iluska Pinto da Costa por toda sua dedicação e empenho, além das suas constantes palavras de incentivo que me fizeram crescer academicamente. Também quero agradecer ao seu namorado Rômulo o qual foi um grande colaborador, obrigado pelo tempo que você dedicou à produção deste estudo.

As meninas do grupo de estudo Cláudia, Thacyane, Irislândia, Joyce, Gabrielly e Sthepanny as quais dedicaram muito do seu tempo para me ajudar na produção desta pesquisa.

Aos meus amigos Rômulo Abreu e Nathana Inácio, os quais me proporcionaram grandes momentos e muitas risadas no decorrer dessa vida acadêmica.

Às minhas amigas de infância Priscila Tavares, à qual nasceu para ser uma estrela, Alinne Lira, a pessoa mais irônica que já conheci na vida, porém uma amiga fiel e a Flávia Alves, a pessoa mais corajosa que conheço você é uma fonte de inspiração para minha pessoa. Meninas juntas vivemos momentos inesquecíveis!

GOMES, M. M. **Qualidade de vida de idosos que residem em domicílio unipessoal**. 2016. 59 f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras - PB, 2016.

## RESUMO

Na conformação da sociedade atual podemos observar a cada dia, mais idosos residindo sozinhos, tornando-se necessário conhecer o contexto destes idosos para que se possa prestar uma assistência adequada e proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, este estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos idosos que residem em domicílios unipessoais. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa realizado na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família do município de Cajazeiras - PB. Os critérios de inclusão foram: estar na faixa etária dos 60 anos ou mais, ser de ambos os sexos, residir em domicílio unipessoal na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, apresentar capacidade cognitiva ou mental preservada, avaliada pelo *Mini Mental Examination*. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões pertinentes à caracterização sociodemográfica dos participantes, questões que norteiam os objetivos e pelo instrumento WHOQOL-OLD referente à avaliação da qualidade de vida do idoso. Os dados sociodemográficos e as respostas obtidas através do instrumento WHOQOL-OLD foram analisados através do aplicativo Statistical Package for the Social Science versão 21. Enquanto as respostas obtidas de forma qualitativa foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. O perfil sociodemográficos dos entrevistados evidenciou que a maioria era do sexo feminino (60%), nível de escolaridade variando entre analfabetos e ensino fundamental incompleto (46,7%), estado civil viúvos (60%), aposentados (100%), católicos (93,3%), com renda pessoal variando entre 1 e 5 salários mínimos. Em relação aos dados autoreferidos destacam-se: 46,7% dos idosos consideram sua condição de saúde média; 86,7% possuem diminuição da acuidade visual; 93,3% não apresentam problemas auditivos e 73,3% não possuem dificuldades para se locomover; 66,7% não possui nenhum hábito nocivo; nenhum idoso pratica atividade de lazer ou atividade física; 80% fazem uso de medicação; 53,3% relatou dormir bem; 53,3% usam óculos e nenhum utiliza aparelho auditivo ou suporte para se locomover (100%). Com relação à qualidade de vida dos idosos mensurada pelo WHOQOL-OLD, a maior média foi encontrada na faceta Funcionamento Sensório (75,83) e a menor na faceta Intimidade (53,75). Em relação às categorias de análise de conteúdo, ocorreu a identificação de três grupos temáticos norteadores: Atividades Cotidianas, Motivos relacionados à opção por morar sozinho e Relações Interpessoais os quais foram divididos em subcategorias para uma melhor análise do conteúdo exposto no discurso de cada indivíduo. Por fim considera que os resultados deste trabalho possam contribuir agregando valores sobre os achados evidenciados e favoreça o desenvolvimento de novos estudos sobre qualidade de vida de idosos que moram sozinhos.

**Palavras-chaves:** Idoso. Domicílio. Qualidade de vida.

GOMES, M. M. **Senior Quality of life Residing in domicile sole**, 2016. 59 f. Monograph (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras - PB, 2016.

## ABSTRACT

Conformation of current society we can observe every day, more elderly residing alone, making it necessary to know the context of these elderly in order to provide adequate assistance and provide them with a better quality of life. Accordingly, this study aims to evaluate the quality of life of seniors living in one-person households. This is a descriptive-exploratory study with quantitative and qualitative approach undertaken in the area of a family health unit of the municipality of Brazil-PB. Inclusion criteria were: being in the age group of 60 years or more, be of both sexes, reside in a single home in the area covered by the Basic Health Unit, introduce cognitive ability or mental preserved, evaluated by the Mini Mental Examination. The instruments used for data collection were a semi-structured interview script consisting of issues relevant to demographic characterization of participants, issues that guide the goals and by the WHOQOL-OLD instrument for the evaluation of the quality of life of the elderly. The demographic data and the responses obtained through the WHOQOL-OLD instrument were analyzed through the application Statistical Package for the Social Science version 21. While the replies obtained were analyzed qualitatively using the technique of content analysis proposed by Bardin. Demographic profile of respondents showed that most were female (60%), education level varying between illiterate and basic education incomplete (46.7%), marital status widowed (60%), pensioners (100%), Catholics (93.3%), with personal income ranging between 1 and 5 minimum salaries. Regarding the data autoreferidos include: 46.7% of seniors consider their average health condition; 86.7% have reduced visual acuity; 93.3% do not have hearing problems and 73.3% do not have difficulties to get around; 66.7% has no harmful habit; No senior citizen leisure activity or practice physical activity; 80% make use of medication; 53.3 percent reported sleep well; 53.3% wears glasses and no uses hearing aid or support to get around (100%). With regard to the quality of life of older people measured by the WHOQOL-OLD, the highest average was found in Sensory Functioning facet (75.83) and the lowest in facet Intimacy (53.75). In relation to the categories of content analysis, the identification of three thematic groups: guiding everyday activities, Reasons related to choice of living alone and interpersonal relationships which were divided into subcategories for a better analysis of the content set out in each individual speech. Finally considers that the results of this work can contribute adding values about the findings evidenced and encourages the development of new studies on quality of life of elderly people who live alone.

**Keywords:** Elderly. Domicile. Quality of life.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016. (n=15).....	21
<b>Tabela 2</b> - Dados autoreferidos relativos ao estado de saúde dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016. (n=15).....	24
<b>Tabela 3</b> - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida dos idosos participantes da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2016. (n=15).....	25
<b>Tabela 4</b> - Descrição das facetas de qualidade de vida dos idosos avaliadas pelo WHOQOL-OLD, Cajazeiras - PB, 2016. (n=15).....	28



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Categoria I: Atividades realizadas no cotidiano, Cajazeiras - PB, 2016.....	32
<b>Quadro 2</b> - Categoria II: Motivos relacionados à opção por morar sozinho, Cajazeiras - PB, 2016.....	35
<b>Quadro 3</b> - Categoria III: Relações interpessoais, Cajazeiras - PB, 2016.....	37

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AUT	Autonomia
BA	Bahia
CS	Caxias do Sul
CE	Ceará
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FS	Funcionamento do Sensório
GRUPASP	Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INT	Intimidade
ILP	Instituição de Longa Permanência
MEM	Morte e Morrer
MEEM	<i>Mini Mental Examination</i>
MG	Minas Gerais
MS	Mato Grosso do Sul
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPF	Atividades Passadas, Presentes e Futuras
PS	Participação Social
PB	Paraíba
PR	Paraná
QV	Qualidade de Vida
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
RP	Ribeirão Preto
RS	Rio Grande do Sul
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	13
2.1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA.....	13
2.2 O CONTEXTO DO IDOSO QUE RESIDE SOZINHO.....	14
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	17
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	17
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	17
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	17
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	18
3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS...	18
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	21
4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	21
4.1.1 <b>Tabela 1</b> - Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016.....	21
4.1.2 <b>Tabela 2</b> - Dados autoreferidos relativos ao estado de saúde dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016.....	24
4.1.3 <b>Tabela 3</b> - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida dos idosos participantes da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2016.....	25
4.1.4 <b>Tabela 4</b> - Descrição das facetas de qualidade de vida dos idosos avaliadas pelo WHOQOL-OLD, Cajazeiras - PB, 2016.....	28
4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA.....	31
4.2.1 <b>Quadro 1</b> - Categoria I: Atividades realizadas no cotidiano, Cajazeiras - PB, 2016.....	32
4.2.2 <b>Quadro 2</b> - Categoria II: Motivos relacionados à opção por morar sozinho, Cajazeiras -PB, 2016.....	35

<b>4.2.3 Quadro 3 - Categoria III: Relações interpessoais, Cajazeiras - PB, 2016.....</b>	<b>37</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido <sup>49</sup>	
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de Dados Sociodemográficos	
APÊNDICE C – Questões norteadoras para entrevista	
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental	
ANEXO B – WHOQOL-OLD	
ANEXO C- Comitê de Ética	
ANEXO D- Termo de Anuência	
ANEXO E- Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável	

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se configura como um dos fenômenos mais relevantes e complexos para a nossa sociedade, sendo decorrente de vários fatores como a evolução do conhecimento científico e tecnológico, melhor cobertura das necessidades sociais e da saúde, melhoria das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção, queda das taxas de natalidade e de mortalidade e pelo aumento da esperança média de vida (KOCH FILHO et al., 2010).

No entanto, torna-se importante destacar, as diferenças existentes em relação ao processo de envelhecimento entre um país desenvolvido e em desenvolvimento. Enquanto no primeiro o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associada à melhoria nas condições gerais de vida, no segundo, esse processo vem ocorrendo de forma rápida e complexa, sem que haja tempo de uma reorganização social e de saúde adequadas para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2010).

A Organização das Nações Unidas (ONU) utiliza uma classificação diferente entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento para designar uma pessoa como idosa. Nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, idoso é aquele que têm 65 anos ou mais (SOUSA; RODRIGUES, 2015).

No Brasil, existem em média, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando pelo menos 10% da população brasileira. De acordo com projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Pode-se compreender o envelhecimento como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade (BRASIL, 2010).

A velhice é considerada a última fase do desenvolvimento humano e representa o conjunto de efeitos de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Dentre as inúmeras alterações correspondentes a esta etapa estão às perdas fisiológicas, as modificações em algumas habilidades cognitivas, tais como na memória de trabalho, na velocidade de

pensamento e em habilidades visuoespaciais. O envelhecimento psicológico tem relação com o esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida, possibilitando uma redução da vulnerabilidade nesta fase (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

Uma dimensão importante ao tratar dos idosos refere-se ao tipo de arranjo domiciliar no qual este está inserido e como se dá a convivência familiar. Com a nova conformação da vida moderna, podemos observar a cada dia, mais idosos que tem preferência por residirem sozinhos. Quando se chega à terceira idade, alguns idosos que possuem autonomia física, econômica, psicológica e social optam por residirem sozinhos. Em contrapartida, alguns idosos mesmo não possuindo estas condições, se veem obrigados a residirem sozinhos, devido a fatos como o abandono ou mesmo inexistência de familiares (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

No Brasil, há um crescimento no número e proporção de idosos vivendo em domicílios unipessoais (residência onde mora apenas uma pessoa). Em 2013, a proporção de idosos que viviam sozinhos, ou seja, sem filhos, cônjuge, outros parentes ou agregados foram de 15,1%, e para as mulheres este indicador atingiu o valor de 17,8% (IBGE, 2014).

No cenário contemporâneo, em se tratando das novas necessidades que vem surgindo, advindas do crescimento populacional, torna-se um grande desafio principalmente em se tratando de políticas públicas, atender às especificidades dos idosos, para que se possa promover um envelhecimento adequado, aliado a uma boa qualidade de vida (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Para avaliar a qualidade de vida de uma população, devem-se levar em consideração diversos fatores tais como: apoio familiar, religiosidade, autoestima, capacidade funcional, atividade intelectual, estado emocional, idade cronológica do indivíduo, estabilidade financeira, capacidade de autocuidado, condições de saúde, valores morais, éticos e culturais, lazer, estilo de vida saudável, trabalho, grau de satisfação com as atividades desempenhadas e por ultimo o ambiente em que este indivíduo está inserido (SOUSA; RODRIGUES, 2015).

No transcorrer da minha formação acadêmica, através dos estágios referentes à disciplina Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, desenvolvidos em algumas unidades da Estratégia Saúde da Família, pude ter contato com idosos que residiam sozinhos, através das visitas domiciliares e assim me inserir no contexto de vida destes idosos. A partir das minhas vivências foi possível observar que este público necessitava de cuidados específicos, já que muitos destes idosos tendem ao isolamento e a solidão, sendo por vezes estigmatizados

e aos poucos excluídos do cotidiano da sociedade. Em contrapartida existem também aqueles idosos que mesmo residindo sozinhos, buscam estratégias para superar as adversidades.

Diante da nova demanda que consiste no aumento de idosos residentes em domicílio unipessoal, faz-se necessário conhecer o contexto destes idosos para que se possa prestar uma assistência adequada, de acordo com suas necessidades, de modo que seja possível proporcionar uma melhor qualidade de vida a este público específico.

O contexto evidenciado neste estudo faz emergir os seguintes questionamentos: Qual é a qualidade de vida dos idosos que residem em domicílios unipessoais? Quais as condições de saúde e as atividades desempenhadas pelos idosos que residem em domicílios unipessoais? Quais os fatores que levaram os idosos a residirem sozinhos?

De modo a responder estes questionamentos, foi estabelecido como objetivo geral: Avaliar a qualidade de vida dos idosos que residem em domicílios unipessoais e mais especificamente conhecer as condições de saúde dos idosos que residem em domicílios unipessoais e as atividades que desempenham em seu cotidiano; Identificar os fatores que motivaram os idosos a residirem sozinhos.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

O processo de envelhecimento ocorre de modo contínuo e engloba modificações biológicas, psicológicas e sociais. Em se tratando do envelhecimento biológico, este atinge a fisiologia do organismo, deixando-o assim mais vulnerável as agressões internas e externas. Esteticamente essas alterações se apresentarão com os aparecimentos das rugas, cabelos brancos e outras. As modificações psicológicas envolvem o autoconhecimento, a capacidade do idoso em superar as adversidades impostas a ele e sua capacidade de superar os conflitos que irão surgir em seu cotidiano. Já as modificações sociais se referem à aposentadoria, afastamento dos filhos ou dos amigos, entre outros, fatos que promovem uma descontinuidade do seu papel ativo na sociedade (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

O envelhecimento populacional está relacionado a alguns indicadores de saúde, principalmente ao aumento da expectativa de vida, a queda da fecundidade e da mortalidade. Apresentando-se desiguais entre os indivíduos, sofrendo influências intrínsecas e extrínsecas, tais quais: condições sociais e econômicas, localização e moradia, além de gênero e etnia (BRASIL, 2010).

Sob este enfoque, a condição de saúde aparece como elemento primordial na relação entre envelhecimento e qualidade de vida (QV), já que a diminuição ou ausência desta condição podem representar de forma negativa a velhice. Os preconceitos geralmente estão relacionados à diminuição da capacidade biológica e ao aparecimento de doenças. No entanto, um envelhecimento bem-sucedido corresponde não apenas a ausência de doenças, mas à conservação da capacidade funcional do idoso. Este conceito engloba três elementos fundamentais: baixa perspectiva de doenças e incapacidades, ativa capacidade física e cognitiva e engajamento ativo nas atividades diárias (ASSIS, 2005).

A saúde funcional do idoso está interligada com a saúde física e mental, autonomia nas atividades desenvolvidas, interação social, suporte familiar e independência econômica. Quando comprometida uma dessas extensões, pode afetar a qualidade de vida do idoso (JANUÁRIO et al., 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, o termo QV passou a ser associada à melhoria do padrão de vida, correlacionado a obtenção de bens materiais, tais quais: casa própria, carro, salário, entre outros. Posteriormente o termo foi então ampliado a fim de mensurar o



desenvolvido econômico de uma sociedade. Com o incidir dos anos, o conceito foi acrescentando também itens associados ao desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, entre outros (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

O conceito de QV possui uma visão multidimensional abrangendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual. Avalia-se através de parâmetros objetivos e subjetivos. Os parâmetros subjetivos englobam o bem-estar, a felicidade e a realização pessoal, entre outros, já os objetivos possuem relação com a satisfação das necessidades básicas além daquelas relacionadas à estrutura social (PASKULIN et al., 2010).

Visando ao dimensionamento do conceito de QV e suas várias facetas a OMS através do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, com embasamento em uma perspectiva transcultural, desenvolveu uma escala para avaliar QV, considerando o caráter subjetivo e sua natureza multidimensional como características fundamentais. (FARENZENA et al., 2007). O WHOQOL-OLD é o instrumento de avaliação da QV específico para o idoso e é composto por 24 questões, divididas em seis facetas: funcionamento dos sentidos; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade (PASKULIN et al., 2010).

A percepção do idoso com relação a sua QV através da avaliação subjetiva de cada pessoa. Ressalta-se que, existem variações significativas, mesmo entre indivíduos na mesma faixa etária, na percepção do estado de saúde, da participação e de autonomia. Reafirmando que o “processo de envelhecimento” é vivenciado de forma peculiar e distinta para cada indivíduo (DIAS et al., 2011).

Segundo Lima, Teston e Marcon (2014) a QV possui um conceito amplo e engloba a saúde física e psicológica, além das relações sociais, espiritualidade, valores culturais, independência e meio ambiente no qual o idoso está inserido.

De acordo com Castro e Andrade o conceito de QV é abrangente a percepção do indivíduo sobre o papel que este desempenha na sociedade, além de relacionar-se com seus princípios e valores culturais e seus objetivos e expectativas.

## 2.2 O CONTEXTO DO IDOSO QUE RESIDE SOZINHO

Em 2005 através de estudos feitos pela Organização das Nações Unidas (ONU), foi observado que a proporção de idosos residindo em domicílio unipessoal era de um em cada sete idosos, e que este dado é mais comum em países desenvolvidos que possuem uma

economia sólida e conseqüentemente melhor índices de qualidade de vida, proporcionando um suporte confiável para se morar sozinho. Porém nos países em desenvolvimento como o Brasil podemos também observar que uma parcela significativa da população idosa, está optando por esse estilo de vida de residência unipessoal (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

O crescimento no número de idosos brasileiros residindo sozinhos explica-se em parte pelas mudanças no estilo de vida da sociedade, evidenciada pela redução do número de filhos, aumento dos divórcios, mudanças nos hábitos de vida, melhorias na qualidade de saúde da população idosa e também a maior longevidade (LONGO et al., 2012).

Entre 1991 a 2000 o percentual de idosos brasileiros morando sozinhos subiu de 9,8% para 11,7%. Em 2006 os idosos brasileiros na faixa etária de 60 anos ou mais representavam 40,3% dos domicílios unipessoais do Brasil, demonstrando o crescimento sistemático no número de idosos que moram sozinhos (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Os fatores que interferem na decisão de residir sozinho estão relacionados à autopercepção do estado de saúde e capacidade funcional prejudicada, além de aporte financeiro escasso e baixa escolaridade. Porém a população idosa mais vulnerável, do ponto de vista socioeconômico é a que necessita de uma atenção mais específica e assistência social mais eficiente, por parte das políticas públicas que abrangem o idoso. Destaca-se que o “residir sozinho”, pode ser uma necessidade ou até mesmo uma situação de desamparo (LONGO et al., 2012).

Alguns outros fatores estão associados ao fato do idoso residir sozinho, entre eles pode-se destacar o sexo (a mulher possui maior sobrevida em relação ao homem havendo maior probabilidade desta residir sozinha); a idade (com o passar dos anos há maior a possibilidade de viver sozinho, depois da perda do cônjuge); escolaridade (quanto mais elevado o nível de escolaridade maior a prevalência da residência unipessoal, já que teoricamente possuem maior capacidade para cuidar si próprio); residência urbana (possuem maiores chances de residirem sozinhos na área urbana, devido a maior acessibilidade do ambiente) e a renda já que, quanto maior a renda maior a possibilidade de o idoso que mora sozinho suprir suas necessidades econômicas (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Com relação à saúde, existem dois aspectos importantes a serem considerados com relação à condição de residir sozinho. O primeiro refere-se à autonomia, já que para manter-se sozinho o idoso precisa apresentar número menor de doenças e capacidade funcional e

cognitiva preservadas. No entanto, boa parte dos idosos que vivem sozinhos pode apresentar uma pior condição de saúde, por não possuírem aporte nas atividades rotineiras e a ausência de uma companhia para cuidar em casos de necessidade (CAMARGOS; RODRIGUES, 2008).

Todas as mudanças vividas no decorrer do processo de envelhecimento revelam dificuldades ao idoso que reside sozinho, sendo os principais relacionados às patologias advindas deste processo e a insuficiência econômica, o que implicará em dificuldades à realização do autocuidado e à sua segurança física (RAMOS; MENEZES; MEIRA, 2010).

Proporcionar atenção à pessoa idosa que reside sozinha representa um grande desafio aos profissionais de saúde, sendo necessária a elaboração de estratégias que permitam ao idoso, mesmo diante de progressivas limitações, estimular as suas habilidades, de modo a desenvolver adaptação para o desempenho das suas atividades cotidianas e manutenção de sua saúde, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. Na pesquisa exploratória objetiva-se uma maior interação com a problemática abordada, proporcionando formulações de hipóteses, enquanto que na pesquisa descritiva têm-se o intuito de descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

A pesquisa qualitativa ocupa-se de questões relacionados com a realidade social, utiliza o universo dos significados como instrumento avaliador. Na pesquisa quantitativa enfoca-se na objetividade, utilizando o raciocínio lógico e a linguagem matemática para descrever as causas e as variáveis do fenômeno estudado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

#### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) José Leite Rolim, no município de Cajazeiras no Estado da Paraíba.

O município de Cajazeiras possui uma área total de 586, 275km<sup>2</sup>, está situado no Alto Sertão Paraibano, apresentando clima semi-árido e sua temperatura varia entre 23°C a 30°C. Divide fronteiras com os municípios de São João do Rio do Peixe, Nazarezinho, São José de Piranhas, Cachoeira dos Índios, Bom Jesus e Santa Helena. Possui uma População de 58.437 sendo 27.930 homens e 30.507 mulheres e 47.489 residindo na zona urbana e 10.948 na zona rural. A mesma, conta ainda, com uma rede de 23 Unidades de Saúde de Família, onde 17 são urbanas e 6 são rurais e cada equipe é composta basicamente por enfermeiro, médico, dentista, técnicos de enfermagem, atendente de consultório dentário (ACD) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (CAJAZEIRAS 2016).

#### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população envolvida nessa pesquisa constituiu-se por 15 idosos que residem em domicílio unipessoal na área de abrangência da UBS José Leite Rolim. A amostra foi do tipo

não probabilística por conveniência e atendeu aos critérios de inclusão e exclusão delimitados nesta pesquisa.

Trata-se de uma amostragem não probabilística quando não se conhece ou dimensiona a probabilidade de alguns ou todos os elementos da população pertencerem a uma pesquisa. A amostragem por conveniência ocorre quando se seleciona a parcela da população mais acessível para a realização da pesquisa (OLIVEIRA; ALMEIDA; BARBOSA, 2012).

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: estar na faixa etária dos 60 anos ou mais, ser de ambos os sexos, residir em domicílio unipessoal na área de abrangência da UBS José Leite Rolim, apresentar capacidade cognitiva ou mental preservada, avaliada pelo *Mini Mental Examination* (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) (Anexo A). Foram excluídos os idosos que possuíam alguma deficiência auditiva ou alterações cognitivas que o impossibilitavam de responder aos instrumentos da pesquisa.

### 3.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Houve primeiramente o contato com a coordenação da Atenção Básica do município de Cajazeiras para apresentação do projeto e também com os enfermeiros e agentes comunitários de saúde da equipe da USF selecionada, com a finalidade de identificar os indivíduos com 60 ou mais, que residem em domicílio unipessoal, seus respectivos endereços e quais aqueles que possuem condições cognitivas para participar da pesquisa.

O início da coleta ocorreu logo após a aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. A partir de então os idosos foram procurados pelo pesquisador em seus domicílios, com a finalidade de expor o conteúdo da pesquisa e informá-los da opção de participação voluntária no estudo.

A concordância do participante em ser membro integrante da pesquisa ficou comprovada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). O método utilizado para coleta dos dados foi à entrevista, conduzida por um roteiro semi-estruturado e pelo instrumento WHOQOL-OLD referentes à avaliação de QV do idoso.

O roteiro de entrevista foi organizado em duas partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos (Apêndice B) e a segunda por questões norteadoras que abordaram

as condições de saúde e as atividades cotidianas desenvolvidas pelo idoso que reside em domicílio unipessoal, os fatores que os levaram a residir sozinhos, sua percepção sobre qualidade de vida e sobre a assistência prestada pela família e pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (Apêndice C).

O questionário WHOQOL-OLD (Anexo B), tem por finalidade à avaliação da qualidade de vida do adulto idoso. Esse módulo é composto por 24 itens da Escala de Likert, distribuídos em 6 facetas, tais quais: Funcionamento do Sensorio (FS) que investiga se perdas ou diminuição sensorial afeta a qualidade de vida do idoso; Autonomia (AUT) refere-se à capacidade do idoso de tomar suas decisões, mantendo a sua independência, com liberdade para decidir sobre sua vida; Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF) a qual está relacionada à satisfação com as conquistas ocorridas no decorrer da vida e com objetivos a que se anseia; Participação Social (PS) avalia a satisfação pessoal com as atividades diárias e o nível destas, com o uso do tempo e com as oportunidades de participar das atividades com a comunidade; Morte e Morrer (MEM) está relacionada aos temores, preocupações e inquietações do idoso perante o processo da morte e morrer, e Intimidade (INT) a qual relaciona-se ao nível de relações pessoais e íntimas. (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

As entrevistas foram gravadas, com tempo de duração variando ente três a oito minutos, e transcritas na íntegra, para garantir a fidedignidade das mesmas.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, os idosos foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos do estudo e livres para participar, comprovando sua concordância com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo aos princípios que constam na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com esta Resolução, estará assegurado ao participante o direito de desistir da pesquisa em qualquer fase desta, sem prejuízo algum, sendo mantido o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia da utilização das informações apenas para fins acadêmicos e científicos.

### 3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos coletados assim como as respostas obtidas através do instrumento WHOQOL-OLD foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Programa Microsoft Excel e em seguida foram tabulados e analisados no SPSS (*Statistical Package for the Social Science* versão 21).

Utilizou-se de estatísticas descritivas de frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão e mediana. As respostas obtidas de forma qualitativa foram analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual segue três fases: 1) a Pré-análise; 2) a Exploração do material e 3) o Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A Pré-análise é a etapa onde se organiza o material a ser analisado, estabelecendo as ideias iniciais construídas pelo pesquisador.

A segunda fase consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A partir disso, são definidas as categorias e subcategorias a fim de delimitar a temática a ser analisada. (SOUZA JUNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

A terceira e última etapa compreende a análise dos resultados obtidos e a sua devida interpretação. (BARDIN, 2011).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram apresentados em três fases: inicialmente ocorreu à caracterização sociodemográfica da amostra, em seguida a descrição dos dados obtidos a partir da análise do Whoqol Old, e por fim foram referidos os dados pertinentes às questões de teor qualitativo.

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Participaram do presente estudo um total de 15 idosos, que residem em domicílio unipessoal, cadastrados na UBS José Leite Rolim, pertencente à zona urbana da cidade de Cajazeiras – PB. A partir dos dados sociodemográficos colhidos, foram analisadas as variáveis sexo, escolaridade, estado civil, aposentadoria, religião e renda pessoal, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras PB, 2016. (n=15)

	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	40,0
Feminino	9	60,0
<b>Faixa etária</b>		
60 – 69 anos	1	6,70
70 – 79 anos	9	60,0
80 anos e mais	5	33,3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	7	46,7
Ensino Fundamental incompleto	7	46,7
Outros	1	6,70
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	2	13,3
Casado	1	6,70
Divorciado	3	20,0
Viúvo	9	60,0
<b>Aposentadoria</b>		
Sim	15	100,0
Não	-	-

*Continua.*



**Continuação.**

	<i>f</i>	%
<b>Religião</b>		
Católica	14	93,3
Evangélica	1	6,70
<b>Renda pessoal</b>		
Um salário mínimo	-	-
Dois a Três salários mínimos	15	100,0
Mais de quatro salários mínimos	-	-

**Fonte:** Dados do estudo, 2016.

Verificou-se que a maioria dos idosos era do sexo feminino (60%), com relação à escolaridade dividiu-se igualmente entre analfabetos e com ensino fundamental incompleto (46,7%), no que concerne ao estado civil a maioria era viúvos (60%), todos são aposentados (100%), em sua grande maioria seguidores da religião católica (93,3%), com renda pessoal variando entre um e cinco salários mínimos (100%).

De acordo com os resultados obtidos neste estudo referentes à caracterização dos participantes observa-se a feminilização da velhice, fenômeno que ocorre devido ao fato de que as mulheres possuem em média 6 anos de vida a mais do que os homens, fato associado as diferenças biológicas entre os sexos, menor exposição da mulher a hábitos nocivos como o consumo de álcool e tabaco além do fato de que o sexo masculino tende a negligenciar mais seu estado de saúde. (OPAS; 2005)

Segundo Lebrão (2007) em todo o mundo observa-se um maior número de idosos do sexo feminino, esses dados podem ser explicados pela maior exposição masculina a riscos como consumo de álcool e tabaco, além da negligência do homem com sua própria saúde. Porém as mulheres estão mais expostas à violência doméstica e apresentam maiores dificuldades ao acesso a educação, renda e postos de trabalhos quando equiparados ao sexo masculino.

Segundo o IBGE (2014) a maioria dos idosos, com 60 anos ou mais, no Brasil são mulheres, residentes nas áreas urbanas principalmente na região sudeste do país 92,6%, com média de anos de estudo de 4,7 anos, sendo que no nordeste estas apresentam média de 3,3 anos.

A baixa escolaridade observada nos participantes deste estudo pode esta relacionada ao contexto social no qual o idoso cresceu, já que em tempos passados as crianças começavam a trabalhar desde a infância com o objetivo de ajudar no sustento do lar,

afastando-se dos estudos. A ausência de certo grau de instrução pode interferir no aprendizado do idoso sobre como realizar algumas atividades intrínsecas ao seu cotidiano, ocasionando certas dificuldades como problema na realização do autocuidado, tomada correta de medicação ou no entendimento de condutas terapêuticas. De acordo com Opas (2005) pessoas idosas com baixos níveis de escolaridade possui maiores chances de desemprego e maior risco de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento.

Segundo Santos e Cunha (2014), o analfabetismo de idosos está relacionado ao fato destes terem nascidos em uma época onde o acesso à educação era extremamente difícil, onde se dava prioridade ao trabalho ao invés do estudo. No ano 2000 o percentual de analfabetismo entre idosos no país era de 35,2%, sendo 32,2% entre os homens e 37,4% entre as mulheres.

Com relação ao estado civil obteve-se uma maior predominância de viúvos corroborando com estudo realizado por Rosset et al. (2011) com idosos longevos residentes em duas cidades: Ribeirão Preto (RP-SP) e Caxias do Sul (CS-RS), onde a maioria eram viúvos. Segundo Both et al. (2012) a viuvez na velhice necessita de uma adaptação ao luto, devido a tristeza pela perda e ausência do conjugue, associado a esses fatos somam-se as demandas relacionadas ao próprio envelhecimento que já é marcante pelas mudanças psicológicas e físicas que proporciona uma nova visão de mundo.

Observou-se no presente estudo maior predominância de idosos da religião católica. Nessa fase da vida a religião aparece como um suporte emocional para enfrentar as adversidades decorrentes do processo de envelhecer. Segundo Lima, Teston e Marcon (2014) a religião desempenha função de acolhimento emocional do idoso, atuando como um suporte com repercussões nas áreas da saúde física e mental. A religiosidade pode agir como instrumento de apoio em momentos difíceis como doenças, perdas de familiares além de ajudar na recuperação e manutenção da saúde e qualidade de vida.

Todos os idosos do estudo possuem como principal fonte de renda a aposentadoria, esta variando entre 1 e 5 salários mínimos, corroborando com estudo desenvolvido por Tavares et al. (2012) na zona rural do município de Uberaba-MG com idosos cadastrados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), onde os recursos financeiros eram provenientes, predominantemente, de aposentadoria. O apoio social é fundamental quando o idoso possui baixa renda, pois este irá aumentar as possibilidades de sobrevivência em situações adversas além de melhorar a qualidade de vida.

Segundo Santos e Cunha (2014) a aposentadoria geralmente é a principal fonte de renda da pessoa idosa, porém na maioria das vezes é insuficiente para a manutenção das suas

necessidades básicas. Levado pelas desigualdades na distribuição da renda, muitos idosos vivem em extrema pobreza no Brasil, outros tentam permanecer no mercado de trabalho na tentativa de manter o seu padrão de vida.

Na Tabela 2 encontram-se os dados autoreferidos relativos ao estado de saúde dos idosos (Condição de saúde, Acuidade Visual, Problemas auditivos, Dificuldade de se locomover). Os idosos consideram sua condição de saúde média (46,7%), relatam possuir diminuição da acuidade visual (86,7%) não apresentam problemas auditivos (93,3%) e não possuem dificuldades para se locomover (73,3%).

**Tabela 2** - Dados autoreferidos relativos ao estado de saúde dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016. (n=15).

	<i>F</i>	%
<b>Condição de saúde</b>		
Ruim	6	40,0
Média	7	46,7
Boa	1	6,70
Excelente	1	6,70
<b>Acuidade Visual</b>		
Sim	13	86,7
Não	2	13,3
<b>Problemas auditivos</b>		
Sim	1	6,70
Não	14	93,3
<b>Dificuldade locomover</b>		
Sim	4	26,7
Não	11	73,3

**Fonte:** Dados do estudo, 2016.

A autoavaliação das condições de saúde demonstra que os idosos as consideram como média. Quando o idoso autoavalia sua condição de saúde pode evidenciar o seu autoconhecimento sobre os seus problemas psicológicos e físicos, além de evidenciar a satisfação ou não com sua saúde. Segundo Borges e Seidl (2014) a saúde tem papel fundamental na vida do idoso e esta engloba além dos aspectos biológicos, também os psicossociais. Os biológicos estão associados à ausência de sinais e sintomas de alguma doença e as psicossociais relaciona-se a interação com outros indivíduos e a manutenção das suas atividades.

A maioria dos idosos declara possuir problemas como declínio da acuidade visual o que pode interferir na autonomia do idoso ou até mesmo na sua participação social. Porém a maioria dos idosos refere não possuir problemas auditivos, os quais poderiam interferir na comunicação com outras pessoas. Também afirmam não possuir dificuldades para se locomover o que dificultaria a realização das atividades do cotidiano, além de restringir mais o indivíduo ao seu domicílio, a ausência desses problemas se apresenta como um fator positivo já que a presença de incapacidades poderia comprometer a sua independência.

Segundo Opas (2005) com o avançar da idade aumenta-se acentuadamente as chances do aparecimento de um comprometimento visual ou cegueira. As principais causas da cegueira são catarata, glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética. 50% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos no mundo possuem problemas auditivos, o que pode gerar dificuldades na comunicação, redução da autoestima e isolamento social.

Os problemas auditivos ocupam a quarta posição entre as dez doenças crônicas mais comuns entre os idosos. A audição correlaciona-se com a comunicação a qual envolve a compreensão, processamento de informações e elaboração de uma resposta ao estímulo (BUSS; GRACIOLLI; ROSSI, 2010).

A presença de dificuldades de locomoção no idoso relaciona-se ao próprio processo de envelhecimento e diminuição da capacidade funcional as quais podem promover a instabilidade postural e quedas (BRASIL, 2010).

A tabela 3 expõe a descrição dos dados relativos aos hábitos de vida (hábitos nocivos, atividades de lazer, atividade física, uso de alguma medicação, sono, uso de óculos, de aparelho auditivo ou de suporte para se locomover). A maioria dos participantes relatou não possuir nenhum hábito nocivo à saúde (66,7%), nenhum idoso praticava atividade de lazer, nem atividade física (100%), fazem uso de medicação (80%), pouco mais da metade relatou dormir bem (53,3%), a maior parte usa óculos (53,3%) e a maioria absoluta não utiliza aparelho auditivo ou suporte para se locomover (100%).

**Tabela 3** - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida dos idosos participantes da pesquisa. Cajazeiras - PB, 2016. (n=15)

	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>Hábitos nocivos</b>		
Nenhum	10	66,7
Tabaco	2	13,3
Álcool	2	13,3
		<i>continua</i>

**Continuação.**

	<i>F</i>	%
Automedicação	1	6,70
<b>Atividade de lazer</b>		
Sim	-	-
Não	15	100,0
<b>Atividade física</b>		
Sim	-	-
Não	15	100,0
<b>Alguma medicação</b>		
Sim	12	80,0
Não	3	20,0
<b>Dorme bem</b>		
Sim	8	53,3
Não	7	46,7
<b>Usa óculos</b>		
Sim	8	53,3
Não	7	46,7
<b>Usa aparelho auditivo</b>		
Sim	-	-
Não	15	100,0
<b>Suporte para se locomover</b>		
Sim	-	-
Não	15	100,0

**Fonte:** Dados do estudo, 2016.

A ausência da prática de hábitos nocivos como o consumo de álcool, tabaco ou automedicação promover benefícios no estado de saúde do idoso, já que estes estão se expondo menos a riscos que poderiam favorecer o surgimento ou agravamento de certas patologias como hipertensão e câncer. Esse comportamento pode estar relacionado a diversos fatores como uma maior preocupação do idoso com sua saúde no intuito de evitar o surgimento de doenças ou agravos, levando à adoção de hábitos mais saudáveis, já que, como afirma Lima-Costa (2004) o consumo de álcool e tabagismo são fatores de risco para algumas doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, cirrose e certos tipos de câncer como o de orofaringe, laringe, esôfago e fígado as quais estão associados ao consumo excessivo de álcool, já o tabaco é considerado um dos mais potentes agentes carcinogênicos.

A realização de alguma atividade de lazer na vida do idoso contribui para uma interação social, a não realização de alguma atividade por este pode estar relacionada à falta de

uma condição financeira favorável, já que os idosos do presente estudo têm apenas a aposentadoria como fonte de renda.

O hábito de não praticar algum tipo de atividade física pode refletir negativamente no desempenho das atividades do cotidiano, no desempenho funcional e em sua condição de saúde. De acordo com Silva e Andrade (2014) a realização de atividades físicas desempenha efeitos positivos na saúde do idoso como controle do peso e da pressão arterial proporcionando uma melhor qualidade de vida. Além disso, as atividades físicas moderadas realizadas continuamente por idosos saudáveis podem diminuir o aparecimento de doenças crônicas e retardar o declínio funcional, além colaborar para o prolongamento da independência do idoso (OPAS, 2005).

As comorbidades adquiridas no percurso do processo de envelhecimento levam o idoso ao uso de vários medicamentos no seu cotidiano, este dado corrobora com estudo realizado por Pereira et al. (2011) na cidade de Teixeira - MG, com idosos que utilizam os serviços da UBS, onde 76,8% dos idosos utilizavam algum medicamento, o que pode acarretar um comprometimento da sua renda e principalmente da sua qualidade de vida.

Entre os participantes do estudo a maioria afirma dormir bem corroborando com estudo realizado por Ferraz e Peixoto (1997), com idosos participantes de um grupo de recreação, onde a maioria dos idosos informou que dormem bem à noite. Uma manutenção diária de um padrão de sono e repouso adequado colabora em uma melhor qualidade de vida podendo refletir em uma melhor agilidade de resposta e concentração, além da melhora no relacionamento familiar e social do idoso.

A maior parte dos idosos utiliza óculos, podendo este fato estar relacionada ao declínio natural na acuidade visual durante o processo de envelhecimento. Apesar de um idoso ter relatado dificuldades auditivas e outros quatro terem referido dificuldades para se locomover, nenhum usa aparelho auditivo ou suporte para se locomover, o que pode ser reflexo da falta de aporte financeiro para a aquisição destas tecnologias assistivas, devido ao fato de que a renda dos idosos participantes desse estudo, geralmente é destinada para a manutenção do lar e das suas necessidades básicas.

Segundo Fialho et al. (2009), interferências na comunicação relacionadas a dificuldades de compreensão devido a problemas auditivos podem desencadear um sentimento de frustração, falta de compreensão e posteriormente isolamento e depressão.

Em todas as fases da vida, em especial na velhice, a prática de hábitos de vida saudáveis acompanhados por cuidados contínuos com a própria saúde proporciona uma

melhor qualidade de vida ao idoso. A realização de atividades físicas adequadas ao perfil do indivíduo, hábitos alimentares saudáveis, abstenção do uso inadequado de álcool, tabaco e de automedicação podem prevenir o aparecimento de doenças relacionadas a esses hábitos nocivos a saúde, além de uma possível diminuição do declínio funcional, aumento da longevidade e da qualidade de vida do idoso (OPAS, 2005).

A QV dos idosos mensurada pelo WHOQOL-OLD está descrita na Tabela 4. Com relação às facetas de qualidade de vida dos idosos da amostra. A maior média foi na faceta funcionamento sensorio (75,83) seguido de Atividades passadas, presentes e futuras (67,91) e Autonomia (65,00). As menores pontuações foram nas facetas Intimidade (53,75), Participação social (59,58) e Morte e Morrer (60,00).

**Tabela 4** - Descrição das facetas de qualidade de vida dos idosos avaliadas pelo WHOQOL-OLD. Cajazeiras - PB, 2016. (n=15)

	Funcionamento sensorio	Autonomia	Atividades passadas, presentes e futuras	Participação social	Morte e Morrer	Intimidade	OLD total
Média	75,83	65,00	67,91	59,58	60,00	53,75	63,68
Desvio padrão	24,53	12,45	14,91	10,52	26,28	23,12	10,78
Mediana	87,50	62,50	68,75	56,25	62,50	56,25	64,58
Mínimo	25,00	31,25	31,25	43,75	12,50	00,00	47,92
Máximo	100,00	81,25	87,50	75,00	93,75	81,25	83,33

**Fonte:** Dados do estudo, 2016.

Em relação à avaliação da qualidade de vida dos idosos pelo instrumento WHOQOL-OLD as facetas que apresentaram as maiores médias foram funcionamento do sensorio, atividades passadas, presentes e futuras e autonomia, enquanto as que apresentaram menores pontuações médias foi morte e morrer, participação social e intimidade.

A faceta funcionamento do sensorio investiga se perdas ou diminuição dos sentidos visão, audição, paladar, tato e olfato afeta a vida diária do idoso e sua interação social com familiares e pessoas no geral. Segundo Tavares et al. (2012), a faceta funcionamento do sensorio investiga se perdas ou diminuição sensorial afeta a QV do idoso. A maior pontuação média obtida nesta faceta pode estar associada ao fato de que maioria dos idosos do estudo

não apresenta perdas sensoriais que possam vir a afetar sua vida diária, sua participação em atividades e interação com outras pessoas.

Neste sentido, é compreensível que a preservação dessas funções cause impacto positivo nesta faceta, pois os idosos passam a ter maior independência na realização de suas atividades, facilidade na interação com outras pessoas, como familiares, amigos e vizinhos promovendo uma melhor qualidade de vida. Tais resultados condizem com Monteiro et al. (2015), quando os mesmos afirmam que a independência e a realização das atividades diárias do idoso estão relacionadas diretamente ao funcionamento sensorial, além de interação do idoso na sociedade.

A faceta autonomia refere-se à capacidade do idoso de tomar suas decisões, mantendo a sua independência, com liberdade para decidir sobre sua vida (KHOURY; SÁ-NEVES, 2014). Um escore médio foi observado nesta faceta, corroborando com estudo realizado por Faller, Melo e Versa (2010) na cidade de Foz do Iguaçu - PR com idosos cadastrados nas USF, onde apresentaram melhor QV na faceta autonomia.

De acordo com Tavares et al. (2012), o idoso que possui sua autonomia preservada é capaz de decidir e controlar suas próprias decisões de acordo com suas regras e preferências.

Segundo Monteiro et al. (2015), quando realiza atividades e projetos a quais almejava, o idoso consegue um aumento na autoestima e conseqüentemente, na melhoria da QV. A manutenção de projetos futuros favorece a manutenção da QV da pessoa idosa, pois promove um sentido à existência do indivíduo.

A faceta atividades, passadas, presentes e futuras está relacionada à satisfação com as conquistas ocorridas no decorrer da vida e com objetivos a que se anseia (KHOURY; SÁ-NEVES, 2014). Uma média alta demonstrada nesta faceta pode ser reflexo de que a maioria dos idosos entrevistados estavam satisfeitos com suas conquistas ao longo da vida e o com o reconhecimento recebido. Resultado semelhante foi obtido em estudo realizado por Monteiro et al. (2015), na cidade de João Pessoa - PB, com 30 idosos participantes de um Projeto de Extensão “Envelhecimento Saudável”, no qual a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras apresentou o segundo maior escore médio.

Quando o idoso possui a satisfação com seu desempenho nas atividades e com o que conquistou ao longo do tempo, isso promove no idoso um sentimento de autonomia, de que este ainda possui o controle de sua vida proporcionando ao mesmo a possibilidade de fazer projeções para o futuro, tornando-o mais esperançoso e feliz, melhorando, assim, a sua QV.



A faceta participação social avalia a satisfação pessoal com as atividades diárias e o nível destas, com o uso do tempo e com as oportunidades de participar das atividades com a comunidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2006). O menor escore foi observado na faceta participação social, corroborando com estudo desenvolvido por Tavares et al. (2012), na zona rural do município de Uberaba - MG com idosos cadastrados pela ESF a faceta Participação Social também apresentou um dos menores escores médio.

Esse fato pode estar relacionado ao próprio processo de envelhecimento que contribui para uma maior permanência do idoso no seu domicílio, comprometendo assim sua interação com familiares, amigos e vizinhos, aliado ao baixo aporte financeiro, já que todos possuem como fonte de renda a aposentadoria, a qual é utilizada para a manutenção das necessidades básicas, como alimentação e medicação, comprometendo assim maior parte da sua renda, não sobrando recursos financeiros para a realização de atividades que auxiliam na interação social com as atividades de lazer.

Segundo Tavares et al. (2012), as limitações advindas do processo de envelhecimento comprometem a participação social do idoso, ocasionado uma maior permanência deste no seu domicílio, refletindo em uma menor interação com outros indivíduos. Quando essas limitações se aliam a presença de alguma doença provoca maior inibição nas relações pessoais dos mesmos.

A faceta morte e morrer está relacionada aos temores, preocupações e inquietações do idoso perante o processo da morte e morrer. No presente estudo esta faceta apresentou uma das menores média para QV, este resultado pode relacionar-se ao fato dos participantes afirmarem não ter medo de morrer e sim de sofrer durante o processo de morte. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo desenvolvido por Pontes (2013) com 131 idosos, residentes em comunidades no município de João Pessoa - PB, no qual se evidenciou um menor escore médio nessa faceta. A autora desta pesquisa relata que a maioria dos participantes apresentava idade igual ou maior a 80 anos e esse menor escore na faceta pode estar associado à consciência do idoso da sua finitude e do medo da dependência antes de morrer.

De acordo com Santos e Cunha (2014) a morte e o envelhecimento são considerados com processos naturais que seguem o percurso da vida humana, porém não são aceitos por todos. Segundo Dias, Carvalho e Araújo (2013), atualmente tenta-se prolongar a vida, porém não se oferece uma melhor QV. Sendo assim, pode supor-se que o medo de morrer acaba

interferindo negativamente na QV do idoso, gerando inquietações as quais dificultam a realização de atividades que antes lhes proporcionava satisfação.

A faceta intimidade relaciona-se ao nível de relações pessoais e íntimas. A menor entre todas as médias foi encontrada nesta faceta. Tal resultado pode estar relacionado ao fato de que a maioria das mulheres são viúvas, as quais após a morte do seu companheiro tendem a não ingressar em um novo relacionamento conjugal, associado a isto o fato de residir sozinho pode interferir nas relações íntimas com outras pessoas ou familiares podendo levar a um isolamento social.

Estudo realizado por Serbim e Figueiredo (2011), com 15 idosos de um grupo de convivência em Porto Alegre - RS, também apresentou uma das menores pontuações na faceta intimidade. Os dados sociodemográficos da amostra desta pesquisa apontam que 53,3% da amostra eram de idosos viúvos, 26,7% divorciados e 20% dos idosos viviam sozinhos. Esses dados se assemelham aos do presente estudo e podem também justificar o menor resultado nesta faceta.

Segundo Dias, Carvalho e Araújo (2013) a relação amorosa na terceira idade pode sofrer preconceito por parte de familiares e sociedade no geral, sendo este um fator negativo que pode vir a interferir na decisão do idoso em começar um novo relacionamento conjugal.

#### 4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA

A análise do discurso dos entrevistados foi exposta sob a forma de quadros, a fim de permitir uma melhor compreensão da organização da análise do conteúdo expresso pelos participantes. Após a análise ocorreu a identificação de três grupos temáticos norteadores: atividades cotidianas, motivos relacionados à opção por morar sozinho e relações interpessoais, os quais foram divididos em subcategorias.

A caracterização do Quadro 1 proporcionou a identificação da categoria Atividades Realizadas no Cotidiano e de sete Unidades de Registro: Tarefas domésticas, Hábitos de Sono e repouso, Atividades ligadas a religiosidade, Atividades de entretenimento, Atividades informais, Cuidador e autocuidado.

**Quadro 1** - Categoria I: Atividades realizadas no cotidiano, Cajazeiras-PB, 2016.

<b>Unidade de Registro</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>F</b>
<b>Tarefas domésticas</b>	<i>“Eu faço tudo, lavo casa [...] lavo roupa [...]”</i> . [I10]	9
	<i>“[...] Faço minha comidinha [...], eu faço logo almoço e janta. [...]”</i> . [I11]	12
<b>Hábitos de Sono e repouso</b>	<i>“[...] e fico sentada ai. [...] E a noite cedo eu vou me deitar”</i> . [I7]	7
	<i>“[...] e de noite eu vou dormir quando eu posso! Porque velho num tem sono né?! Num tem noite que a gente fica sem sono né? Pois é!”</i> [I8]	1
<b>Atividades ligadas a Religiosidade</b>	<i>“[...] eu ‘tava’ lendo a palavra de Deus [...]”</i> . [I3]	3
<b>Atividades de entretenimento</b>	<i>“[...] assistindo a televisão e pronto [...]”</i> . [I14]	3
<b>Atividades informais</b>	<i>“[...] ai vou amarra meu burro lá em baixo, ai vou pegar uma carga de carvão [...]”</i> . [I14]	2
<b>Cuidador</b>	<i>“Durante o dia eu cuido da minha mãe com 96 anos, meu pai com 87 anos [...]”</i> . [I2]	1
<b>Autocuidado</b>	<i>“Bem eu ‘manheço’ o dia, a primeira coisa que eu faço é pentear meu cabelo, escovo os dentes, [...] tomar banho, [...] três banho eu tomo”</i> . [I3]	1

**Fonte:** Dados do estudo, 2016.

No que tange os dados referentes à análise de conteúdo temática, verificou-se na categoria I (Atividades realizadas no cotidiano) que a maioria dos idosos relatou ter como principal atividade do cotidiano a realização de tarefas domésticas. O desempenho nestas atividades pode trazer alguns benefícios para o idoso, proporcionando a movimentação e prática de exercícios físicos. Segundo Fontes, Botelho e Fernandes (2013) para realização das atividades da vida diária é necessário à preservação da autonomia, através de uma boa interação com o meio externo, além da preservação da força dos membros, coordenação, equilíbrio, funções sensoriais e cognição.

Porém a quantidade de tempo que o idoso disponibiliza para a realização dessas atividades domésticas deve ser avaliada, já que se este utilizar maior parte do seu dia na realização das mesmas, esta pode trazer uma sobrecarga física além de colaborar para um

isolamento social. De acordo com Santos e Vaz (2008) o isolamento social afeta o bem estar do idoso e suprime a sua necessidade de socializar-se, além de prejudicar a convivência intergeracional.

No presente estudo, grande parte dos idosos referiu possuir hábitos de sono e repouso preservados, divergindo do estudo realizado por Santos et al. (2012), em uma instituição de longa permanência na cidade de Fortaleza - CE, onde 55,7% dos idosos tinham dificuldades no sono e repouso relacionado preocupações, dores, tomada de medicações e frequentes idas ao banheiro. Isso demonstra que idosos ativos e com melhores condições de saúde, possuem também melhores condições de sono e repouso o que contribui para melhor desempenho de suas atividades no cotidiano.

Com relação à presença de problemas para dormir como a insônia apenas um idoso relatou este problema. A presença de problemas relacionados insônia pode afetar o estado de saúde do idoso, além do desempenho das atividades da vida diária, levando ao mau desempenho destas, podendo chegar a interferir até nas suas relações pessoais. Segundo Santos et al. (2012), alterações no padrão de sono do idoso, tendem a produzir agravos como déficit de atenção e memória, dificuldades de concentração e desempenho, além de redução na velocidade de respostas. Os agravos relacionados aos distúrbios do sono apresentam-se com mais severidade e são mais comuns em idosos institucionalizados, quando comparado com os da comunidade.

As atividades ligadas à religiosidade também foram descritas pelos participantes corroborando com estudo realizado por Wosiack, Berlim e Santos (2013) com os idosos moradores na cidade de Ivoti- RS onde 60% dos idosos destacaram a religião como essencial para sua sobrevivência. Os resultados demonstraram que a prática da religiosidade, tende a melhorar aceitação dos idosos a aspectos relacionados à percepção da morte e das adversidades impostas a eles devido ao processo de envelhecimento. Segundo Oliveira e Rozendo (2014) a fé aparece como uma garantia que as situações de dificuldades serão solucionadas por um ser maior.

Apenas uma pequena parcela de idosos relatou realizar alguma atividade de entretenimento, sendo a única referida o fato de assistir TV. Os idosos tendem a apresentar um alto comportamento sedentário, motivado pela diminuição da funcionalidade do sistema fisiológico, naturais do envelhecimento, esse comodismo relacionado ao hábito de assistir TV pode promover um declínio na interação social do idoso já que este tenderá a restringir-se mais ao seu lar, levando a um possível isolamento social. Segundo Zaitune et al. (2007), a

combinação entre sedentarismo e fatores de risco, favorece o desenvolvimento de doenças como diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, câncer do cólon do útero, de pulmão e de próstata. Alguns fatores associados ao sedentarismo são nível socioeconômico, gênero e contextos ambientais e sociais. A prática de exercícios físicos contribui para um bem-estar físico e psicossocial, além de melhorar a autoestima, o humor e reduzindo quadros de ansiedade e depressão. Na dimensão social melhora o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem.

E de acordo com Santos e Vaz (2008) cada indivíduo enfrenta a condição de morar sozinho de formas diversas. Algumas veem de forma positiva relacionada à autonomia dispensando um contato social mais intenso. Porém outros são levados a um isolamento social.

Uma pequena parcela dos idosos tinha o hábito da leitura, convergindo com o estudo realizado por Oliveira, Cruviel e Santos (2007) no sul de Minas Gerais com idosos de um centro da terceira idade, onde apenas 7,6% dos idosos afirmaram comprar e ler livros. Esses dados evidenciam que os baixos índices no hábito da prática da leitura por idosos podem estar relacionados à baixa escolaridade, analfabetismo, problemas na visão, ou até mesmo a inexistência durante a vida do hábito da prática da leitura. Segundo Oliveira, Cruviel e Santos, (2007) a prática regular da leitura por idosos, beneficia o processo cognitivo do mesmo com diminuição dos lapsos de memórias e do déficit de atenção.

A realização de algum tipo de atividade informal converge com estudo realizado por Santos et al. (2012), em Fortaleza - CE, onde 35,4% dos idosos praticavam algum tipo de atividade, sendo estas divididas em trabalhos manuais e exercício físico. A realização de alguma atividade pelo idoso tende a influenciar de forma positiva na vida do idoso, tirando assim o estigma de impossibilitado para as tarefas diárias. Segundo Santos et al. (2012), a prática de alguma atividade seja ela de caráter artesanal ou física, por parte do idoso, contribui significativamente para um envelhecimento ativo, muitas vezes diminuindo os agravos do processo de envelhecimento. Enfatiza-se a importância do indivíduo desempenhar as atividades levando em consideração a sua vontade e habilidade para o desempenho da mesma.

O idoso no papel de cuidador de outro idoso corroborando com estudo realizado em um município do norte do Paraná por Nardi, Sawada e Santos (2013) onde 45,4% dos cuidadores tinham idade acima dos 60 anos. Os dados evidenciam que dependendo do contexto familiar no qual o idoso está inserido, algumas vezes induzidos por princípios éticos arraigados as suas concepções de moral, relacionado ao dever de cuidar dos pais na velhice,

ou até mesmo por falta de aporte financeiro para contratar um cuidador, o idoso acaba assumindo o papel de cuidador de outro idoso, trazendo para si uma sobrecarga física e emocional, refletindo no seu estado de saúde. Segundo Nardi, Sawada e Santos, (2013) o idoso quando assume o papel de cuidador de outro idoso, tende a descuidar da sua própria saúde, acarretando o aparecimento de doenças físicas e emocionais, refletindo nos cuidados que ele presta ao idoso.

A realização do autocuidado pelo idoso proporciona melhorias na saúde e autoestima, o que pode refletir em uma sensação de independência por parte do idoso. Segundo Santos et al. (2012), o autocuidado engloba a prática de atividades, onde o indivíduo as executa em busca do seu benefício próprio, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

No Quadro 2 está demonstrada a categoria Motivos relacionados à opção por morar sozinho e seis Unidades de Registro: Separação dos filhos, Viuvez, Abandono, Fim do relacionamento conjugal, Dificuldades no convívio familiar e Independência.

**Quadro 2** - Categoria II: Motivos relacionados à opção por morar sozinho, Cajazeiras - PB, 2016.

<b>Unidade de Registro</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>f</b>
<b>Separação dos filhos</b>	<i>“[...] tinha muito filho, mas tudo casado né, o jeito que foi é ficar só [...]”</i> . [I11]	6
<b>Viuvez</b>	<i>“Foi porque fiquei viúvo e o jeito que tem é morar só né? [...]”</i> . [I1]	5
<b>Abandono</b>	<i>“[...] ela abusou logo eu [...] Ela foi saiu da casa que eu ‘tava’ e foi para outra, [...] eu achei que ela me largou né?!”</i> [I10]	4
<b>Fim de relacionamento conjugal</b>	<i>“‘Mode’ uma raiva que a mulher que ‘tava’ mais eu [...] pegou a namorar com um e outro, ai fui botei para fora”</i> . [...]. [I12]	3
<b>Dificuldade no convívio familiar</b>	<i>“[...] porque na casa dos filhos eu sei que não dá para eu morar né! Eles me acha abusada, todo velho é abusado né? [...]”</i> . [I7]	2
<b>Independência</b>	<i>“[...] acho bom na minha casa porque eu me levanto, durmo, deito na hora que eu quero [...] num tem negócio de esperar por ninguém né? [...]”</i> . [I1]	2

Fonte: Dados do estudo, 2016.

Com relação à categoria II (motivos relacionados à opção por morar sozinho) os idosos demonstraram como principal motivo para morarem sozinhos a separação dos filhos, este resultado se assemelha aos de um estudo realizado por Vieira (2015), nos bairros Itaúna I e II no município de Parintins, que teve o intuito de analisar as condições de vida e de saúde dos idosos que moram sozinhos, onde a maioria dos idosos relacionaram o fato de morar sozinho, com a saída dos filhos para formarem novas famílias, ou por motivo de trabalho e estudo.

A falta do vínculo diário devido à saída dos filhos do lar, pode afetar a saúde emocional do idoso, podendo promover um maior sentimento de solidão e de diminuição nos vínculos de interação social. Tais afirmativas corroboram com Carneiro et al. (2012), ao referirem que arranjos familiares formados por idosos vivendo sozinhos devido emigração dos filhos, apresentam uma redução na perspectiva de um ambiente familiar seguro para envelhecer, além de gerar problemas de âmbito emocional, como o isolamento social.

Outro fator que merece destaque nos relatos dos idosos sobre a opção por morar sozinho foi a viuvez, em conformidade com pesquisa realizada por Ramos, Menezes e Meira (2010) na cidade de Jequié - BA, com idosos que residiam em domicílios unipessoais, onde a partir das entrevistas a viuvez também foi citada como motivo que levou o idoso a morar só. Observa-se a necessidade de uma reorganização social e assistencial diferenciada, uma vez que a viuvez pode causar um forte impacto no quadro clínico, psíquico e comportamental do idoso. Para Ramos, Menezes e Meira (2010) os índices de viuvez são maiores entre as mulheres, devido estas apresentarem maior expectativa de vida em relação aos homens. Outro fato é que os homens quando ficam viúvos tendem a iniciar outra relação conjugal, o que não acontece tanto entre as mulheres. E quando não podem ou não querem contar com outros membros da família o idoso viúvo decide morar sozinho.

Os idosos apontaram ainda como motivo para morar sozinhos o abandono de seus familiares corroborando com estudo realizado por Santos et al. (2012), em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) na cidade de Fortaleza - CE, onde 39,4% foram abandonados pelos seus familiares. Evidenciando que a família geralmente ao abandonar o idoso, deixa-os em uma instituição de longa permanência, porém alguns idosos quando possuem algum poder de decisão podem escolher ficar em seu lar e residir sozinho. Segundo Minayo (2005) o abandono é um tipo de violência, que se caracteriza pela ausência de um responsável legal, seja ele de caráter governamental, institucional ou familiar, a qual tem o dever de prestar assistência à pessoa idosa quando esta necessite.

Além da viuvez, a separação conjugal é outro fator citado pelos idosos e que propicia a escolha por residir sozinho, o que condiz com estudo realizado por Ramos; Menezes; Meira (2010) na cidade de Jequié - BA, onde os idosos apontavam a separação conjugal como principal motivo de morar só. Segundo Ramos, Menezes e Meira (2010) a separação conjugal pode afetar negativamente o idoso, o qual poderá sentir-se incapaz de entrar em um novo relacionamento preferindo seguir a vida sem um companheiro. O fim da relação pode ser consensual ou resultante de um abandono do cônjuge, sendo que nos dois casos (separação consensual ou não) o idoso pode vir a apresentar quadros de desesperança diante da vida, acompanhados de sentimentos negativos, os quais interferem inteiramente na sua saúde emocional e psicológica, sobretudo quando esse se isola socialmente.

As dificuldades no convívio familiar como fator preponderante para a residência unipessoal do idoso convergiram com estudo realizado por Sá et al. (2012), na cidade de João Pessoa - PB onde 37% dos entrevistados relataram ter conflitos geracionais entre pais e filhos e 7% entre avós e netos, o que demonstra a insatisfação no convívio com familiares devido a visões divergentes de mundo, podendo gerar no idoso o desejo de morar sozinho no intuito de manter a autonomia em seu lar, a qual pode estar comprometida devido à família ver o idoso como alguém inapto nas decisões familiares. Segundo Silva et al. (2015), ao envelhecer o idoso pode enfrentar no seu contexto familiar diário, dificuldades na interação com seus familiares. Geralmente essas situações são incômodas para o idoso, por não saber lidar com essas novas situações, sentindo-se incapacitado em seus desejos e modo de pensar.

A residência unipessoal relacionada à independência do idoso. Alguns idosos podem optar por viverem sozinhos na tentativa de manter sua individualidade, o que pode representar uma conquista de autonomia e independência. Segundo Ramos; Menezes; Meira, (2010) o idoso pode ver o fato de morar com familiares como uma ameaça a sua autonomia, além da perda da sua privacidade e independência.

No Quadro 3, demonstra-se a categoria Relações interpessoais, da qual emergiram quatro Unidades de Registro: Convívio familiar satisfatório, Convívio externo, Suporte familiar e Problemas familiares.



**Quadro 3** - Categoria III: Relações interpessoais, Cajazeiras - PB, 2016.

<b>Unidade de Registro</b>	<b>Unidade de Contexto</b>	<b>f</b>
<b>Convívio familiar satisfatório</b>	<i>“[...] agora pelo natal veio ‘tudim’, teve uma que passou quinze dias, outra passou um mês [...]”</i> . [I8]	9
<b>Convívio externo</b>	<i>“[...] todo mundo para mim é bom! Eu não tenho intriga com ninguém aqui [...]”</i> . [I5]	6
<b>Suporte familiar</b>	<i>“[...] quando minha filha chegou, ela chegou na hora exata que eu precisava [...] num ‘tava’ dando de conta mais ‘neim’ de fazer comer [...] com essa filha eu me sinto feliz [...]”</i> . [I3]	4
<b>Problemas familiares</b>	<i>“[...] com minha família é mais ou menos, porque eles num anda na minha casa, eu também num ando para lá, eu vivo assim isolada! É difícil eu ir na casa do meu irmão, eles também num vem aqui, é assim! [...] Me isolei sozinha aqui [...] eu passo o dia sozinha dentro de casa, é assim minha vida”</i> . [I3]	2

Fonte: Dados do estudo, 2016.

Na categoria III (relações interpessoais) a maior parte dos idosos demonstrou possuir um convívio familiar satisfatório, dado que corresponde com os resultados de um estudo realizado em Florianópolis (SC) por Gonçalves (2011), onde este tinha por intuito conhecer os padrões de convívio e cuidados prestados pelas as famílias aos idosos mais velhos, 85% dos idosos tinham a percepção de boas relações com seus familiares. Os resultados evidenciam que a manutenção de uma boa interação do idoso com a família, acaba colaborando na interação social do mesmo, refletindo em benefícios à sua saúde. Segundo Santos et al. (2012), a qualidade e amplitude dos relacionamento do idoso são afetados negativamente com o avançar da idade, relacionado ao declínio do estado geral de saúde do indivíduo. Para o idoso as relações pessoais com familiares e amigos influenciam positivamente no controle e adesão de tratamentos de doenças, além de melhor aceitação de dieta, da prática de atividade física e estimulação a prática do autocuidado.

As relações de convívio externo do idoso são demonstradas como primordiais para o seu bem-estar. Evidencia-se que a rede social representada por amigos e vizinhos desempenha papel ativo na vida diária do idoso que reside sozinho, principalmente em situações de adoecimento repentino, sendo por vezes os primeiros a prestar um auxílio nestas circunstâncias. Segundo Valler et al. (2015) para o idoso, a rede social de apoio está

relacionada a um conjunto de relações que une as pessoas que possuem um conexão afetiva além da familiar também a de amizade, permitindo que o apoio ocorra através desses laços. Para um envelhecimento ativo é essencial à interação com indivíduos, onde se exista um laço afetivo e de amizade o qual proporciona efeitos protetores na prevenção de situações de estresse associados ao processo de envelhecimento.

O suporte familiar foi apontado por quatro dos idosos participantes deste estudo, dado que converge com estudo realizado por Alvarenga et al. (2011), em Dourados (MS) o qual demonstrou que a família continua sendo a rede de suporte social mais frequente, composta pelas filhas 39,3%, netas 10,2%, e noras 9,6% sendo as maiores responsáveis por esse tipo de auxílio. Destaca-se deste modo à importância da participação da família na prestação de cuidado aos idosos como visita, companhia, limpeza da casa, cuidados pessoais e apoio financeiro.

Com relação à subcategoria problemas familiares, os idosos afirmaram os conflitos familiares afastaram uma convivência harmônica. Evidencia-se que estes conflitos muitas vezes são ocasionados pela perda da autonomia do idoso, agravados por questões financeiras e relações emocionais conflituosas entre o idoso e seus parentes. Segundo Silva et al. (2015), geralmente os conflitos entre os idosos e seus familiares estão relacionados a discordâncias entre eles e os membros do grupo familiar, podendo originar incompreensão das necessidades dos mais velhos e discordância de alguns tipos de comportamentos. Os fatores geradores dessas divergências podem incluir o uso abusivo de drogas por algum membro da família; as dificuldades de convivência no cotidiano e atritos entre os membros da família. As mulheres idosas são mais afetadas emocionalmente quando estão incluídas em grupos familiares onde existe pouca expressão de afeto, compreensão e companheirismo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram que os idosos apresentaram uma qualidade de vida média, demonstrados nos maiores valores médios para as facetas funcionamento do sensório, atividades passadas, presentes e futuras e autonomia. Isso possivelmente se deve ao fato de que se trata de idosos ativos, independentes, com um nível satisfatório de preservação dos sentidos, os quais promovem um sentimento de autonomia, gerando maior disposição para a realização das atividades diárias.

Em contrapartida, os idosos apresentaram menores médias na Qualidade de vida em relação as facetas Participação Social, Intimidade e Morte e Morrer, as quais podem estar associadas à visão negativa do idoso sobre o processo de envelhecimento, ao medo do sofrer antes da morte, além da maior proximidade à finitude, o que pode levar a uma menor interação social e posteriormente ao isolamento social.

A partir do conteúdo explicitado nos discursos dos participantes, evidenciaram-se como principais fatores determinantes para a opção pela residência unipessoal a viuvez, a separação dos filhos e a manutenção da independência. No que concerne aos dados autoreferidos relativos ao estado de saúde dos idosos, os resultados demonstraram que estes consideram sua condição de saúde média, relatam possuir diminuição da acuidade visual, não apresentam problemas auditivos ou dificuldades para se locomover.

Diante do exposto, observa-se que a avaliação da Qualidade de Vida do idoso pode contribuir para que os profissionais de saúde tracem estratégias visando uma melhor promoção da saúde nesse público. Ressaltando ainda a importância do papel da enfermagem na assistência direta a esses idosos na Atenção Básica, com a perspectiva de promover aos mesmos, autonomia, melhor condição de saúde, nível satisfatório de interação social e melhor qualidade de vida.

Observa-se a necessidade da estruturação de políticas públicas para amparar de forma adequada o idoso que reside sozinho. Através de ações preventivas e uma melhor promoção à saúde no âmbito domiciliar.

Ressaltam-se como limitações inerentes ao presente estudo, um reduzido tamanho da amostra dificultando a universalização dos resultados. Neste sentido, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos que possibilitem correlações entre a Qualidade de Vida e as variáveis descritas neste estudo.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Rev Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n 5, p. 2603-11, mai. 2011.
- AOYAMA, L. M.; MARQUES, I. R. Qualidade de vida de portadores de Artrite Reumatóide. **Rev Enferm UNISA**. Santo Amaro, v. 13, n. 2, p. 85-91, 2012.
- ARAÚJO, S. G. et al. Qualidade de vida de idosos residentes na vila vicentina de Bauru/SP. **Rev SALUSVITA**. Bauru, v. 33, n. 1, p. 57-75, 2014.
- AREOSA, S. V. C. et al. Relações sociais e familiares do idoso atendido pela Unisc. **Rev Bras Ciênc Envelhec Hum**. Passo Fundo, v. 7, supl. 1, p. 124-34, 2010.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**. Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BORGES, L. M; SEIDL, E. M. F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Rev Psico-USF**. Bragança Paulista, v. 19, n.3, p. 421-31, set./dez. 2014.
- BOTH, T. L. et al. Uma abordagem para o luto na viuvez da mulher idosa. **Rev Bras Ciênc Envelhec Hum**. Passo Fundo, v. 9, supl. 1, p. 67-78, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Série Pactos pela Saúde, v. 12. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.
- BRAVO FILHO, V. T. F. et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arq Bras Oftalmol**. São Paulo, v. 75, n. 3, p. 161-5, mai./jun. 2012.

BRITO JÚNIOR, A. F. B.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-50, 2011.

BUSS, L. H.; GRACIOLLI, L. S.; ROSSI, A. G. Processamento auditivo em idosos: implicações e soluções. **Ver CEFAC**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 146-51, jan./fev. 2010.

CAJAZEIRAS. **Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras**, 2016.

CAMARGOS, M. C. S, RODRIGUES, R. N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 16., 2008, p.1-20.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev Bras Estudos de População**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-30, jan./jun. 2011.

CARNEIRO, F. R. et al. Independência funcional de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Rev Acta Fisiátrica**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 156-60, 2012.

CLARES, J. W. B. et al. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. **Rev Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 25, n. esp. 1, p. 54-59, 2012.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Rev Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-35, jan./mar. 2006.

DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAÚJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-138, jan./mar. 2013.

DIAS, J. A. et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Rev Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-79, abr./jun. 2011.

FALLER, J. W; MELO, W. A; VERSA, G. L. G. S. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Rev Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 803-10, out./dez. 2010.

FARENZENA, W. P. et al. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. **Rev Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 225-43, dez. 2007.

FERRAZ, A. F.; PEIXOTO, M. R. B. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 316-38, ago. 1997.

FIALHO, I. M.; BORTOLI, D.; MENDONÇA, G. G.; PAGNOSIM, D. F.; SCHOLZE, A. S. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo sistema único de saúde. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.11, n.2, p.338-344, abr./jun. 2009.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p.785-791, out. 2006.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.6, p.793-9, dez. 2003.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental state: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

FONTES, A. P.; BOTELHO, M. A.; FERNANDES, A. A. A funcionalidade dos mais idosos ( $\geq 75$  anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.91-107, 2013.

GONÇALVES, L. H. T.; NASSAR, S. M.; DAUSSY, M. F. S.; SANTOS, S. M. A.; ALVAREZ, A. M. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n.4, p.746-754, 2011.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 34. Rio de Janeiro, 2014.

JANUÁRIO, R. S. B.; SERASSUELO, JÚNIOR, H.; LIUTTI, M. C.; DECKER, D.; MOLARI, M. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **Revista ConScientiae Saúde**, São Paulo, v.10, n.1, p.112-121, 2011.

- JOIA, C. L.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.131-138, fev. 2007.
- KHOURY, H. T. T.; SÁ-NEVES, A. C. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.553-565, 2014.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. **Revista Salus**, Guarapuava, v.1, n.1, p.13-15, jan./jun. 2007.
- KOCH FILHO, H. R.; KOCH, L. F. A.; KOCH, H. R.; KOCH, M. F. N.; DINIEWICZ, F. A.; DINIZ, R. A. Envelhecimento humano e ancianismo: revisão. **Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica**, Curitiba, v.6, n.2, p.155-160, mai./ago. 2010.
- LEBRÃO, M. L. Envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v.4, n.17, p. 135-140, 2007.
- LIMA, J.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.40, n.2, p.73-80, jul./dez. 2014.
- LIMA-COSTA. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p.201-208, 2004.
- LONGO, L. A. F. D. B, et al. Idosos que moram sozinhos em Minas Gerais: independência ou vulnerabilidade?. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 18., Águas de Lindóia, 2012.
- MINAYO, M. C. S, DESLANDES, S. F, GOMES, R. **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade**. In: MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. Petrópolis. Editora Vozes, Cap. 1, 33ª edição, 2013.
- MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: O avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos humanos, 2.ed., 2005.
- MONTEIRO, R. P.; SILVA, L. R. C. C.; GOMES, C. L. M. F.; LUCENA, A. L. R.; VIEIRA, K. F. L. Idosos Comunitários: avaliação da qualidade de vida. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.13, n.2, p.51-59, dez. 2015.

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

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.5, p.21-25, set./out. 2013.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n.5, p.773-9, set./out. 2014.

OLIVEIRA, K. D.; ALMEIDA, K. L.; BARBOSA, T. L. **Amostragens Probabilística e não Probabilística: técnicas e aplicações na determinação de amostras**. 2012. 28 f. Tese (Pós-Graduação em Ciências Florestais) – Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal do Espírito Santo, Jerônimo Monteiro. 2012.

OLIVEIRA, K. L.; CRUVINEL, M.; SANTOS, A. A. A. Atitudes de leitura e desesperança , em idosos. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v.17, n.37, p.245-254, 2007.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 1ed.trad. Brasília, 2005.

PASKULIN, L. M. G.; CÓRDOVA, F. P.; COSTA, F. M.; VIANNA, L. A. C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.1, p.101-107. 2010.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L. ; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2907-2917, jun. 2011.

PONTES, M. L. F. **Qualidade de vida e fragilidades em idosos que residem em comunidade**, 2013. Tese [Doutorado em Ciências] – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2013.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. D. R. D.; 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, jan./dez. 2010.



ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J. L. F.; HAAS, V. J.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.2, p.391-400, abr. 2011.

SÁ, A. N. P.; ROCHA, I. A.; MORAES, M. N.; BRAGA, L. A. V.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS, M. D. Conflitos familiares abordados na terapia comunitária integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.14, n.4, p.786-93, out./dez. 2012.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.4, n.2, p.1135-1145, mai./ago. 2014.

SANTOS, Z. M. S. A.; MARTINS, J. O.; FROTA, N. M.; CAETANO, J. A.; MOREIRA, R. A. N.; BARROS, L. M. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.747-754, 2012.

SANTOS, GA., and VAZ, CE. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In ZANELLA, AV., et al., org. *Psicologia e práticas sociais* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 333-346. ISBN: 978-85-99662-87-8. Available from SciELO Books<<http://books.scielo.org>>.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Médica**, Porto Alegre, v.21, n.4, p.166-172, 2011.

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. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.11, n.2, p.129-134, abr./jun. 2013.

SILVA, R. M.; MANGAS, R. M. N.; FIGUEIREDO, A. E. B.; VIEIRA, L. J. E. S.; SOUSA, G. S.; CAVALCANTI, A. M. T. S.; APOLINÁRIO, A. V. S. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1703-1710, 2015.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A Pesquisa Científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SILVESTRE, L.C; ALMEIDA, J.B; GIARETTA, V.M.A. “Abandono e violência contra o idoso: realidade de uma instituição”. In: Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 13., Vale do Paraíba.

SOUSA, J. Q. A.; RODRIGUES, R. N. Gestão da qualidade de vida dos idosos frequentadores do centro de convivência e apoio ao idoso casa de clara. **Revista FATEC Zona Sul**, v.1, n.3, p.2-14, 2015.

SOUSA JÚNIOR, M. B. M.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A Análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em educação física escolar. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.16, n.3, p.31-49, 2010.

TAVARES, D. M. S.; GOMES, N. C.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. F. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.371-378, abr./jun. 2012.

VALER, D. B.; BIERHALS, C. C. B. K.; AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.809-819; Rio de Janeiro, 2015.

VIEIRA, A. C. Envelhecimento e solidão em Parintins: uma análise das condições de vida e saúde dos idosos residentes nos bairros itaúna I e II. In: **Jornada Internacional Políticas Públicas**, 7., São Luiz, 2015.

WOSIACK, R. M. R.; BERLIM, C. S.; SANTOS, G. A. Fatores de risco e de proteção evidenciados em idosos de Ivoti-RS: intervenções psicossociais na área da Gerontologia. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.10, n.3, p.256-270, set./dez. 2013.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1329-1338, jun, 2007.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

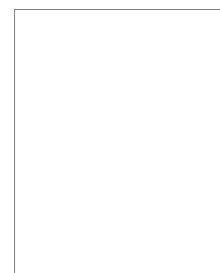
Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa: **QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL**. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: A referida pesquisa terá como objetivos: Avaliar a qualidade de vida dos idosos que residem em domicílios unipessoais; Compreender a percepção dos idosos que residem em domicílios unipessoais sobre qualidade de vida; Conhecer as condições de saúde dos idosos que residem em domicílios unipessoais e as atividades que desempenham em seu cotidiano; Identificar que fatores levaram os idosos a residirem sozinhos; Conhecer a percepção dos idosos que residem sozinhos, sobre a assistência prestada pela família e pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao questionário e entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar como os pesquisadores Professora Iluska Pinto da Costa e Máira da Mota Gomes e no número (83) 99172-9840.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados sociodemográficos

<b>ROTEIRO ESTRUTURADO PARA CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO IDOSO</b>
Asseguramos ao (a) Sr. (a) que a entrevista é voluntária e confidencial mediante o termo de consentimento livre e esclarecido que foi assinado.
Nº Questionário: _____ Data da entrevista: _____ Tempo da entrevista: Início: _____ Fim: _____
<b>1. Características do Entrevistado: Idoso</b> Idade: _____ Sexo: 1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino Escolaridade em anos: 1 ( ) Analfabeto 2 ( ) Ensino Fundamental incompleto 3 ( ) Ensino Fundamental completo 4 ( ) Ensino Médio Incompleto 5 ( ) Ensino Médio Completo 6 ( ) Ensino superior incompleto 7 ( ) Ensino Superior completo 8 ( ) Outros Estado Civil: _____ Trabalho: 0 ( ) Não 1 ( ) Sim Tipo de trabalho: 1 ( ) Formal 2 ( ) Informal Especificar: _____ Aposentadoria: 0 ( ) Não 1 ( ) Sim  Religião: 0 ( ) Católica 1 ( ) Evangélica 2 ( ) Sem religião 3 ( ) outros  Renda Pessoal: 1 ( ) De um a cinco salários mínimos 2 ( ) De cinco a dez salários mínimos 3 ( ) Mais de dez salários mínimos
<b>2. Condição Clínica da Amostra (Idoso)</b> <b>1. Em geral, você diria que a sua saúde é:</b> (0) excelente (1) muito boa (2) boa (3) média (4) ruim Possui Hábitos Nocivos a Saúde: ( ) Tabaco ( ) Álcool ( ) Automedicação Faz alguma atividade de lazer sim ( ) Não ( ) Quais? _____ Faz alguma atividade física sim ( ) Não ( ) Quais? _____ Faz uso de alguma medicação sim ( ) Não ( ) Quais? _____

Possui alguma doença sim (  ) Não (  ) Quais? \_\_\_\_\_

Hipertensão Arterial? (  )

Diabetes Mellitus? (  )

Doenças Reumatológicas? Quais? \_\_\_\_\_

Doenças Respiratórias? Quais? \_\_\_\_\_

Doenças Cardiovasculares? Quais? \_\_\_\_\_

Doenças neurológicas? Quais? \_\_\_\_\_

Doenças Renais? Quais? \_\_\_\_\_

Doenças Hepáticas ? Quais? \_\_\_\_\_

Alergias? \_\_\_\_\_

Diminuição da Acuidade Visual? Sim (  ) Não (  ) Usa Óculos: \_\_\_\_\_

Problemas auditivos? Sim (  ) Não (  ) Usa aparelho auditivo: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – Questões norteadoras para entrevista**

1 - Como é o seu dia? Quais as atividades que o senhor (a) desempenha em seu dia-a-dia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - O que levou o senhor(a) a morar sozinho?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - Como são as suas relações com a família, amigos, parentes, conhecidos, colegas? **(WHOQOL-BREF FA20)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 - Quando senhor (a) tem alguma necessidade (de saúde, financeira, emocional) quem o senhor procura?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 - De quem o senhor (a) recebe algum apoio ou assistência?

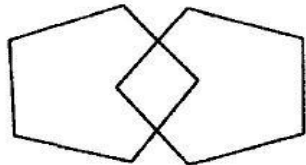
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **ANEXOS**



**ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental**

<b>ORIENTAÇÃO TEMPORAL</b>	<b>PONTOS</b>
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 1h)	_____
<b>ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b>	
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 ano) _____	_____
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto) _____	_____
10) Em que país nós estamos? (1 ponto) _____	_____
<b>MEMÓRIA IMEDIATA</b>	
11) Repita as palavras: carro (1 ponto); vaso (1 ponto); tijolo (1 ponto) (se houver erros, repetir as palavras até três vezes)	_____
<b>CÁLCULO:</b> 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) 65	_____
(se houver erros, corrijo-o e prossiga. Considera correto se o paciente se autocorrigir)	
<b>EVOCAÇÕES DAS PALAVRAS</b>	
17) Quais são as palavras que o Sr.(a) acabou de repetir? _____ (carro/vaso/tijolo (1ponto para cada palavra)	_____
<b>NOMEAÇÃO</b>	
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	_____
<b>REPETIÇÕES</b>	
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) <b>CÓPIA DO DESENHO</b> (1 ponto)	
	_____
<b>TOTAL</b>	

## ANEXO B – 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	Extremante
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) por 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	Extremante
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	Extremante
1	2	3	4	5

Old\_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

Old\_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

Old\_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

Old\_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremante
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

1 | | 3 | |  
Old\_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

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

Old\_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

Old\_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito satisfeito 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 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremante 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-----------------

Old\_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Old\_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

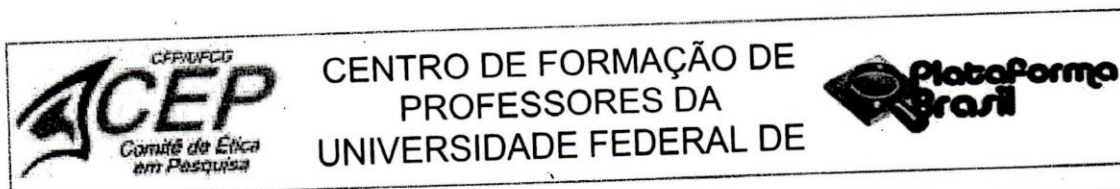
Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremante 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-----------------

Old\_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

**VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?**

## ANEXO C- COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL

**Pesquisador:** Iluska Pinto da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53861216.7.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.556.320

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL, 53861216.7.0000.5575 e sob responsabilidade de Iluska Pinto da Costa trata de projeto de pesquisa que visa conhecer o estado de saúde, as atividades do cotidiano e a qualidade de vida do idoso que reside sozinho.

#### Objetivo da Pesquisa:

O projeto QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL tem por objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos idosos que residem em domicílios unipessoais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL é importante e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Iluska Pinto da Costa redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Telefone: (83)3532-2075

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

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



CENTRO DE FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.556.320

necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL, número 53861216.7.0000.5575 e sob responsabilidade de Iluska Pinto da Costa.

**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_669595.pdf	29/02/2016 00:31:51		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	29/02/2016 00:29:32	Iluska Pinto da Costa	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_PARA_GRAVACAO_DE_VOZ.docx	26/02/2016 01:38:27	Iluska Pinto da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/02/2016 01:37:39	Iluska Pinto da Costa	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	26/02/2016 01:27:00	Iluska Pinto da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	26/02/2016 01:24:56	Iluska Pinto da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	26/02/2016 01:23:40	Iluska Pinto da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DO_PESQUISADOR.pdf	26/02/2016 01:21:18	Iluska Pinto da Costa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
UF: PB Município: CAJAZEIRAS E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br  
Telefone: (83)3532-2075



CENTRO DE FORMAÇÃO DE  
PROFESSORES DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.556.320

CAJAZEIRAS, 23 de Maio de 2016

PI Exame Aguarda Resultado de Exito

Assinado por:

Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

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



## ANEXO D- TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUE RESIDEM EM DOMICÍLIO UNIPESSOAL", a ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) *Maira de Mota Gomes*, sob orientação da Professora Me. Iluska Pinto da Costa 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, sob CNPJ:06.923.971/0001-15 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,

Atenciosamente,

Cajazeiras, 24 de Fevereiro de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo  
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Educação em Saúde  
Rede Escolar/Programa Saúde na Escola

## ANEXO E- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

### TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS

#### **Pesquisa:**

Eu, Iluska Pinto da Costa, Professor (a) da Escola Técnica de Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande, portador(a) do RG: 2448108 e CPF: 038248254-90 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolva Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

**CAJAZEIRAS-PB 23 de Fevereiro de 2016**

*Iluska Pinto da Costa*

**Assinatura do(a) Pesquisador responsável**

**Orientador(a)**