



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ANA CAMILA ARAÚJO DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMPANHADOS OU  
NÃO POR CUIDADORES: UM ESTUDO COMPARATIVO**

**CUITÉ – PB  
2017**

**ANA CAMILA ARAÚJO DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMPANHADOS OU  
NÃO POR CUIDADORES: UM ESTUDO COMPARATIVO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador:** Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

**CUITÉ – PB  
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488a      Medeiros, Ana Camila Araújo de.

Avaliação da qualidade de vida em idosos acompanhados ou não por cuidadores: um estudo comparativo. / Ana Camila Araújo de Medeiros. – Cuité: CES, 2017.

85 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientador: Mathues Figueiredo Nogueira.

1. Idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Cuidador. I.  
Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-07(053.9)

**ANA CAMILA ARAÚJO DE MEDEIROS**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ACOMPANHADOS OU  
NÃO POR CUIDADORES: UM ESTUDO COMPARATIVO**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Banca examinadora:**

---

**Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Orientador – UFCG

---

**Profa. MSc. Édija Anália Rodrigues de Lima**  
Membro – UFCG

---

**Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira**  
Membro – UFCG

Cuité – PB, 21 de março de 2017.

Dedico essa conquista às pessoas que mais amo em minha vida: minha família! Em especial a minha mãe (Maria das Graças Araújo de Medeiros); meu pai (Venâncio Júnior de Medeiros) e minha tia (Maria Aparecida de Araújo), que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos, me apoiando e nunca me deixando fraquejar frente aos obstáculos que apareceram nesses cinco anos de universidade. A eles devo minha vida e todas minhas conquistas e vitórias. Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

No livro *As Rosas de Atacama*, Luís Sepúlveda relata a história de personagens improváveis, mas reais, onde inclui uma narrativa dos *cavatori* (os trabalhadores das pedreiras de mármore) e dos marmoristas de Pietrasanta (Toscana/Itália). Frisa que qualquer escultor/autor deveria começar por escrever o nome de todos os que o lhe permitiram criar a obra, antes de assinar o seu próprio nome. Assim, é evidente que o presente trabalho nasceu direta ou indiretamente da contribuição de muitas pessoas, a quem quero expressar o meu agradecimento:

A **Deus**, que me deu o dom da vida e me deu a escolha de seguir a profissão mais linda e humana que existe. A Ele agradeço todas as vitórias que conquistei em toda minha vida! Obrigada por tornar mais um sonho realidade!

Aos meus pais, **Maria das Graças Araújo de Medeiros** e **Venâncio Júnior de Medeiros**, sem vocês não seria nada! Obrigada por terem aguentado todas as dificuldades nesses cinco anos de universidade! Obrigada por todo o amor incondicional, todos os ensinamentos, por sempre terem incentivado meus sonhos e nunca terem colocado dificuldades neles. Só nós três sabemos as dificuldades que passamos para que eu pudesse realizar mais esse sonho. Que muitos filhos deste universo tenham a sorte de ter pais como os meus. Mais uma vez, obrigada! Amo vocês, incondicionalmente e irrevogavelmente.

A minha tia **Maria Aparecida de Araújo**, que sempre me apoiou em todos os momentos.

Aos meus padrinhos/segundos pais **Francisca Mendonça Barros** e **Josué Brilhante Barros**, por todo o apoio e carinho que sempre tiveram por mim.

Aos meus irmãos de coração e de alma **Felipe Alexandre Mendonça Barros** e **Juliana Andréa Mendonça Barros de Araújo**. Não somos irmãos de sangue, mas sentimos o mesmo amor que os irmãos de sangue sentem.

Aos meus sobrinhos **Raysla Gabrielly Mendonça Barros de Araújo**, **Taysla Júlia Mendonça Barros de Araújo** e **Thauan Emanuel Ribeiro Mendonça Barros**, só eu sei o quanto foi difícil passar todos esses anos e não poder acompanhar o crescimento de vocês. Amo todos incondicionalmente.

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, pela confiança, amizade e todos os ensinamentos. Sou grata por tudo que fez para minha construção profissional. Saiba que és a inspiração para minha vida profissional. Serei sempre grata pela chance de participar do NEPEQ e ter acreditado na minha capacidade. Não poderia ter escolhido orientador melhor. Obrigada por ter me dado a honra de ser sua aluna e orientanda e por sempre me incentivar. Obrigado por ser esse grande orientador! Dedico essa conquista também a você que muito contribuiu para que eu chegasse até aqui! E que Deus continue abençoando sua vida para que possas repassar todo conhecimento que tens a muitos alunos. Muito obrigada!

A todos os membros do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida – NEPEQ** e aos **idosos** participantes da pesquisa. Sem vocês, ela não teria sido realizada. Muito obrigado!

A **banca examinadora**, pelas contribuições no enriquecimento desta pesquisa.

A **minha turma 2012.1**, embora todas as discussões e todos os maus momentos que passamos, quando necessitávamos, nos uníamos e buscávamos o que queríamos. Que todos tenham sucesso profissional!

A **Marton Kaique** e **Izaiany Rafaely**, os dois melhores amigos/irmãos que eu poderia encontrar nessa vida. Obrigada por todo o apoio, amizade, conselhos e por todos os momentos que passamos juntos durante esses últimos três anos. Vocês sem dúvida foram anjos que Deus colocou em minha vida. Que daqui a 50 anos, possamos desfrutar da mesma amizade e companheirismo que temos hoje. Amo vocês!

A **todos meus amigos**, pelo companheirismo, lealdade, alegrias e conselhos. Em especial as meninas da suíte 14: **Juliana Araújo, Shirley, Julyana, Janaína e Hyana**. Pessoas que faço questão de permanecerem em minha vida.

A todos os **Mestres da Unidade Acadêmica de Enfermagem**, que durante todo esse tempo se doaram e se dedicaram a construir tudo que sabemos. Obrigado por todos os conhecimentos transmitidos.

A **todas as pessoas** que direta ou indiretamente contribuíram nessa vitória.

*“Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano.”*

**(Osho)**



## RESUMO

MEDEIROS, A. C. A. **Avaliação da qualidade de vida em idosos acompanhados ou não por cuidadores: um estudo comparativo** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Curso de Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité. 2017. 85f.

O envelhecimento populacional configura-se como um evento constante, sem precedentes e mundial. Na medida em que a longevidade aumenta há uma tendência para a elevação do grau de dependência. As alterações e os efeitos deletérios que ocorrem com o envelhecimento exigem certo nível de cuidados permanentes, para que a qualidade de vida do indivíduo não seja afetada. É nesse contexto de cuidados permanentes que surge a figura do cuidador, o que gera a necessidade de investigar, quais as influências da presença ou não do cuidador na QV de idosos. Objetivou-se com este estudo analisar comparativamente a percepção da qualidade de vida de idosos acompanhados ou não por cuidadores. Trata-se de uma pesquisa tipo exploratório-observacional, de natureza quantitativa, realizada na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 444 idosos e os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e o WHOQOL-Old, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer nº 844.702. Os resultados apontam uma maior a população de idosos sem cuidadores (60,1%); com maior evidência para o sexo feminino, casados, não alfabetizados e com renda menor ou igual a dois salários mínimos. Nas facetas que compõem o constructo qualidade de vida, destaca-se para os idosos com cuidadores a “*Autonomia*” (AUT) e “*Morte e Morrer*” (MEM), que obtiveram respectivamente o menor escore bruto (12,65) e o maior (14,71). Para os idosos sem cuidadores, a faceta “*Participação Social*” (PSO) obteve menor escore (14,21) e “*Funcionamento Sensorio*” o maior (15,79), sendo de forma geral a QV global (*Overall*) melhor avaliada pelos idosos sem cuidadores. Nota-se, portanto, que o estudo traz importante reflexão para a necessidade de aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde direcionados à população idosa, sobretudo pelas vertentes que compõem a QV. É urgente, pois, desenvolver estratégias em todos os níveis de atenção à saúde voltadas para a díade idoso-cuidador, bem como para os idosos que não possuem cuidadores, com o intuito de promover melhores níveis de qualidade de vida.

**Descritores:** Idoso. Qualidade de Vida. Cuidador. Estudo comparativo.

## ABSTRACT

MEDEIROS, A. C. A. **Evaluation of quality of life in elderly accompanied or not by caregivers: a comparative study** [monography]. Bachelor's degree course in nursing, Federal University of Campina Grande – Campus Cuité. 2017. 85f.

The population aging is a constant, unprecedented and worldwide event. As longevity increases there is a tendency to increase the degree of dependence. The changes and deleterious effects that occur with aging require some level of permanent care for the quality of life the individual isn't affected. It is in this context of permanent care that the caregiver appears, which creates the need to investigate what influences the presence or not of the caregiver on the Quality of Life (QoL) of the elderly. The objective of this study was to analyse comparatively the perception of quality of life of elderly accompanied or not by caregivers. This is a survey of exploratory and observational, quantitative, held in the micro-region of Paraíba state of West Curimataú. The sample consisted of 444 elderly and data were collected using two instruments: the socio-demographic questionnaire and WHOQOL-old, after approval by the Ethics Committee of the Hospital Universitário Alcides Carneiro, Federal University of Campina Grande an opinion No. 844,702. The results show that the most population of elderly didn't have caregivers (60,1%); with greater evidence for the female sex, married, not literate and with income less than or equal to two minimum wages. The facets that make up the QoL construct, for the elderly with caregivers stood out "Autonomy" (AUT) and "death and dying" (MEM), which obtained the worst (EBF = 12,65) and the best (14,71) performance respectively. For the elderly without caregivers, the facet "Social Participation" (PSO) obtained lower score (14,21) and "sensory operation" the biggest (15,79), being in general the QV global (Overall) best evaluated by elderly without caregivers. It is observed, the study brings important reflection for the need improvement of health actions and services directed at the elderly population, especially the provides the aspects that make up QoL. It's urgent develop strategies at all levels of the health care aimed at elderly carer dyad, as well to the elderly who aren't caregivers, in order of promoting better levels of quality of life.

**Descriptors:** Quality of Life. Elderly. Caregiver. Comparative study.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil socioeconômico e demográfico de idosos com e sem cuidador acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Curimataú ocidental paraibano (n=444) ..... **37**
- Tabela 2** - Comparação do Escore Bruto das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old (n=444) ..... **46**

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Comparação do Escore Transformado das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old (n=444) .....	<b>47</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AUT – Autonomia  
CC – Com Cuidador  
CES – Centro de Educação e Saúde  
DP – Desvio Padrão  
EBF – Escore Bruto da Faceta  
ETF – Escore Transformado da Faceta  
FS – Funcionamento Sensorio  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IE – Índice de Envelhecimento  
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro  
ILPI'S – Instituições de Longa Permanência  
INT – Intimidade  
MEM – Morte e Morrer  
NEPEQ – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PPF – Atividades Passadas, Presentes e Futuras  
PSO – Participação Social  
QV – Qualidade de Vida  
SC – Sem Cuidador  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UAENFE – Unidade Acadêmica de Enfermagem  
UFMG – Universidade Federal de Campina Grande  
USFs – Unidades de Saúde da Família  
WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Group*  
WHOQOL-Old – *World Health Organization Quality Of Life Assessment*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	<b>17</b>
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i> .....	17
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i> .....	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Bases conceituais do processo de envelhecimento populacional e humano</b> .....	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Qualidade de vida em idosos</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>O cuidador e sua contribuição para a qualidade de vida de idosos</b> .....	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>População e amostra</b> .....	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento para coleta de dados</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos para coleta de dados</b> .....	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	<b>33</b>
<b>3.7</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Perfil socioeconômico e demográficos dos idosos</b> .....	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Avaliação comparativa da qualidade de vida em idosos</b> .....	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>58</b>

### APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Declaração de compromisso do pesquisador responsável

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

### ANEXOS

Anexo A – Questionário de coleta de dados

Anexo B – WHOQOL-Old

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

# *1 Introdução*

---

O envelhecimento populacional configura-se como um evento constante, sem precedentes e mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define idoso conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países desenvolvidos, os idosos são aqueles que possuem 65 anos ou mais e em países em desenvolvimento, 60 anos ou mais. As razões que estão relacionadas ao envelhecimento populacional mundial são várias, mas duas se destacam: a transição demográfica e a transição epidemiológica. A primeira caracteriza-se pela queda nas taxas de natalidade; e a segunda, em que houve a passagem da prevalência de doenças agudas para as doenças crônicas, em sua maioria incapacitantes. Além disso, houve o aumento da expectativa de vida resultante principalmente dos avanços na área de medicina, recursos tecnológicos na saúde e no saneamento básico (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, pois se apresenta de modo diferenciado entre os diversos países do mundo. Várias são as consequências relacionadas ao envelhecimento populacional, sendo que a incidência das doenças crônicas incapacitantes e múltiplas são as principais causas das grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares. Esse fato mostra-se como um desafio para as autoridades sanitárias, em especial o que tange a implantação de políticas públicas efetivas para o enfrentamento desse problema (KALACHE, 2008).

Comparando o número de idosos ao longo dos anos, em 2013, no mundo, eram 841 milhões, sendo quatro vezes maior que os 202 milhões que viviam em 1950 (ONU, 2013). Em 2015, eram 901 milhões (12% da população mundial) e indicadores mostram acréscimo de 3,26% no número de idosos ao ano. Projeções mostraram que o número de idosos será 1,4 bilhões em 2030 e 3,2 bilhões em 2100 (ONU, 2015). Em relação ao Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontaram que este é o segmento populacional que mais cresce, passando de 14,2 milhões em 2000 para 19,6 milhões em 2010, e que deverá atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060 (BRASIL, 2015). O IBGE revela ainda que em 2025 o Brasil estará mundialmente colocado no sexto lugar em população idosa (BRASIL, 2011).

O processo de envelhecimento humano é natural, individual, progressivo, irreversível e universal. É natural e progressivo, porque se envelhece fisiologicamente a partir do momento em que se nasce e os corpos são finitos (ONU, 2012); é individual porque as pessoas não envelhecem da mesma maneira e nem sequer possuirão as mesmas experiências (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010); irreversível porque ocorre desde o nascimento até a morte, sendo impossível revertê-lo; e universal, porque todas as populações estão condicionadas a vivenciarem esse processo (ONU, 2013).



As consequências do processo de envelhecimento são inúmeras e altamente específicas a cada pessoa, podendo ser marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais. As alterações biológicas resultam das mudanças operadas no organismo devido aos efeitos da idade avançada, a exemplo das alterações naturais como perda de peso, redução da massa corpórea, cabelos grisalhos, fragilidades físicas, entre outras (ARAÚJO, 2011). As psicológicas referem-se à diminuição e alterações psíquicas que podem resultar em dificuldade de adaptação a novas funções, em falta de motivação de planejar o futuro e as perdas orgânicas, afetivas e sociais. Para as sociais, associam-se as mudanças nos papéis desempenhados pelo idoso no espaço ao qual ele está inserido e as expectativas da sociedade com os mesmos (ZIMERMAN, 2000).

Na proporção que a longevidade aumenta, a dependência tende a aumentar em decorrência de múltiplos fatores, embora não possa ser estabelecida uma relação direta de causa e efeito. Todas as alterações que ocorrem com o envelhecimento acarretam efeitos deletérios em suas vidas, principalmente limitando funcionalmente e degenerando a saúde dos idosos, interferindo diretamente na capacidade do idoso realizar seu autocuidado. Essas restrições, portanto, tendem a influenciar na qualidade de vida do idoso (OMS, 2003; GEIB, 2012; FECHINE; TROMPIERI, 2012). Keeler (2010) reforça esta condição ao destacar que o estado funcional tem um forte impacto na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o nível de dependência associa-se negativamente a QV.

Sobre a conceituação do constructo qualidade de vida (QV), os especialistas diferem ao descrevê-la, sobretudo pela sua subjetividade e multidimensionalidade. A QV engloba a natureza biológica, a saúde física, o nível de independência, as relações pessoais, os hábitos e crenças pessoais, a saúde mental, a satisfação, o controle cognitivo, o status social, os recursos socioeconômicos e várias outras vertentes que são imprescindíveis à satisfação com a vida (PENTEADO; PEREIRA, 2007). Nesse sentido, caracterizar a QV na velhice é um fenômeno complexo e sujeito a inúmeras influências. Pode ser compreendida como a manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual. A multidimensionalidade da pessoa nem sempre apresenta o equilíbrio ideal e precisa ser percebido de acordo com as possibilidades reais de cada sujeito. O significado dos processos de saúde e doença difere entre as pessoas (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

A avaliação da qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica, cultural, espiritual, de formas de enfrentamento, e socioestrutural, uma vez que vários elementos são apontados como determinantes ou

indicadores do bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, intercepção de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (SANTOS et al., 2002).

Quando os idosos possuem independência e autonomia, eles mesmos podem lutar por situações que deixem seu ambiente físico mais seguro, variado e interessante. É por isso que a promoção do envelhecimento saudável é tarefa que envolve a conquista de qualidade de vida e o amplo acesso a serviços que possibilitem o enfrentamento das questões do envelhecimento. Se os idosos já não dispõem dessas possibilidades, é esperado que os membros da família, profissionais cuidadores ou das instituições por eles frequentadas cuidem desses aspectos (NERI, 2001). Nessa perspectiva de dependência e perda da autonomia, surge a figura do cuidador.

Considerando que o ato de cuidar é oferecer-se ao outro, através de atitudes e comportamentos relacionados à atenção, ao zelo, ao respeito dos limites e à cautela, tanto frente a si próprio, como frente ao outro; e que o cuidado significa atenção, precaução, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade, o cuidador corresponde à pessoa designada, geralmente pela família, para realizar o cuidado, quando isto é requerido (BRASIL, 2008). Nesse sentido, a presença do cuidador na vida do idoso objetiva o incentivo à independência; redução de possíveis agravamentos devido à incapacidade ou a doença; manter, dar suporte ou estimular a realização das atividades, tendo em vista a ascensão da qualidade de vida do indivíduo cuidado.

Ao reconhecer, em tese, a importância do cuidador durante a velhice, surge a seguinte reflexão: A qualidade de vida é melhor avaliada por idosos acompanhados ou não por cuidadores? Quem demonstra uma melhor avaliação da qualidade de vida: os idosos acompanhados por cuidadores ou àqueles que vivem sem a presença destes? Diante desses questionamentos, a execução desta investigação justifica-se pela necessidade de uma compreensão mais aprofundada acerca da importância do cuidador na velhice, assim como da importância em trazer novas contribuições teóricas para o campo científico e social no intuito de proporcionar um processo de envelhecimento com mais autonomia, independência e qualidade de vida.

De modo a responder às indagações levantadas, o estudo buscará alcançar os objetivos descritos a diante.

## **1.1 Objetivos**

### *1.1.1 Objetivo geral*

- ✓ Analisar comparativamente a percepção da qualidade de vida de idosos acompanhados ou não por cuidadores.

### *1.1.2 Objetivos específicos*

- ✓ Caracterizar demográfica e socioeconomicamente os idosos participantes do estudo;
- ✓ Mensurar a qualidade de vida global dos idosos com e sem cuidadores;
- ✓ Analisar de modo comparativo as facetas que compõem o instrumento WHOQOL-Old em idosos com e sem cuidadores.

## *2 Revisão da Literatura*

---

## 2.1 Bases conceituais do processo de envelhecimento populacional e humano

O envelhecimento é definido como um conjunto de transformações que ocorrem com o avançar da idade e em nível coletivo, a partir da proporção da população idosa no contingente total. A população envelhece quando aumenta os idosos e aumenta, em consequência, a sua idade média. Envelhecer, portanto, é um processo progressivo de mudança de base biológica, psicológica e ao nível da estrutura social dos indivíduos (SOWERS; ROWE, 2007). Do ponto de vista teórico, há consenso sobre o entendimento de que o envelhecimento é um processo ao longo da vida (*life long process*) e ao longo deste processo, diferentes experiências de vida vão contribuindo para o modo de viver no envelhecimento (BENGSTON, 2009).

No século XX evidenciou-se um crescimento populacional e o XXI será de envelhecimento populacional. É fato que todos os países passam e continuarão passando pelo processo de envelhecimento populacional, pois esta é uma consequência das mudanças nas estruturas etárias, devido alterações dos comportamentos demográficos dos países (que estão intimamente ligadas ao nível de desenvolvimento social e econômico); a transição demográfica, um processo em que reduções de mortalidades são seguidos por reduções na fertilidade; ao aumento da expectativa de vida, decorrente do avanço tecnológico; e a transição epidemiológica, com declínio da mortalidade por doenças infecciosas, dando lugar aos óbitos causados por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas, e outras doenças consideradas crônico-degenerativas que acometem principalmente a população idosa (ONU, 2015; WILSON, 2006).

Em 1950, os idosos somavam no âmbito mundial pouco mais de 200 milhões. No ano de 2015 havia 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo, sendo uma em cada oito pessoas no mundo inteiro. Este número está projetado para 1,4 bilhões em 2030, tornando os idosos uma em cada seis pessoas. Em 2050, serão 2,1 bilhões. Globalmente, o número de idosos está crescendo mais rápido do que o número de pessoas em outros grupos etários. Em 2015 havia 48% a mais de pessoas com 60 anos em todo o mundo do que havia em 2000. Em contraste, a nível mundial, o número de crianças com menos de 10 anos de idade e de adolescentes e jovens com idade entre 10 e 24 anos irá mudar relativamente pouco: representando em 2050 apenas 1% de aumento, inferior aos 20% de crescimento ao longo do ano de 2000 (ONU, 2015). Em relação ao Brasil, em 2015 os idosos eram pouco mais de 24 milhões, equivalendo a 12% da população total. Com projeções feitas para 2030, o

contingente alcançará mais de 42 milhões. E para 2060, eles representarão 26,7% da população (IBGE, 2012).

Comparando-se o processo de envelhecimento em países desenvolvidos e em desenvolvimento, observam-se várias discrepâncias. No primeiro caso, os fenômenos das quedas das taxas de fecundidade e mortalidade se iniciaram no século XX com conseqüente aumento do número de idosos, e foi relativamente lento; essas nações investiram em estruturas que favorecem a qualidade de vida ao longo da velhice, a partir de melhorias sociais nas áreas de saneamento básico, trabalho, alimentação, saúde e habitação. Já em países subdesenvolvidos, ocorreu o inverso: ao reduzir essas taxas e o contingente de idosos elevar-se, não houve o acompanhamento de melhorias sociais ou políticas públicas compatíveis ao “bom envelhecimento”. (CHACHAMOVICH, 2005; FOUGÈRE et al., 2009; WALDER; DÖRING, 2012).

A evolução das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade a partir de 1950, caracteriza o processo de transição demográfica no Brasil, acompanhando a tendência mundial de um envelhecimento rápido e intenso. De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se a conformação de um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade (WONG, 2006). O Brasil tem um dos processos de envelhecimento populacional mais velozes no conjunto dos países mais populosos do mundo (MOREIRA, 2002). Em dez anos, o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas. Os brasileiros passaram a envelhecer mais rapidamente, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

Com a transição demográfica houve a transição epidemiológica. Nos países desenvolvidos também ocorreu anteriormente. No Brasil, observa-se a transição epidemiológica caracterizada por três mudanças básicas: a substituição das doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis, o deslocamento da morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outras doenças, com morbidade dominante, neoplasias, causas externas e doenças cardiovasculares (BRASIL, 2012). Ocorreu ainda na primeira metade do século XX, sendo por um lado resultado de medidas sanitárias básicas e por outro lado, de avanços médicos como a introdução dos antibióticos (BUCHALLA, 2003).

É oportuno destacar ainda que no Brasil, a construção do perfil de morbidade e mortalidade tem sofrido alterações ao longo dos anos e os processos de transição demográfica

e epidemiológica tem resultado na formação de grupos populacionais com características peculiares e específicas, a exemplo dos novos problemas ligados ao processo de envelhecimento como a incapacidade funcional. Este processo foi alcançado devido à redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população brasileira, contribuindo para que o cenário de doenças crônicas e degenerativas fossem cada vez mais comuns (FRIESTINO, 2013).

Mesmo com a prevalência dessas doenças crônico-degenerativas e que estão ligadas a um maior índice de incapacidade funcional, a expectativa de vida brasileira vem mantendo uma tendência de aumento desde a década de 1940. Naquele ano, a média de vida da população era de 45,5 anos. Em 2008, este índice estava em 72,7 anos, em 2012 74,6 e em 2013 74,9 anos. A projeção do IBGE é de que em 2050 o país terá alcançado o patamar de 81,29 anos. Relacionado à expectativa de vida, há o índice de envelhecimento (IE), que mostra a razão entre o número de idosos (a partir de 60 anos) dividido pelo número de crianças e adolescentes (0-14 anos), vezes 100. O IE era de 12 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, em 1950, passou para 17 em 1980, 28 em 2000, 31,7, em 2001 e chegou a 51,8 em 2011, um reflexo do aumento do número de idosos no país (IBGE, 2012).

Enveredando para a lógica natural/individual, o envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano e, como toda etapa do ciclo de vida, caracteriza-se como um processo de crescimento, com perdas e ganhos, com possibilidades de aprendizado, crises e mudanças. As perdas e ganhos não são vivenciados apenas em seu corpo, mas nas relações familiares e sociais e influenciam a maneira como cada um se relaciona consigo mesmo, o modo como se percebe e os significados que atribui à fase que se encontra (BRASIL, 2012). Pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável (MORAES; MORAES; LIMA, 2010). Diante disso, a senescência é relacionada ao envelhecimento normal da pessoa, no qual a perda da função está ligada à passagem do tempo; a senilidade, por conseguinte, abrange o envelhecimento patológico.

Por esta razão, o processo de envelhecimento não pode ser tratado como um conjunto de alterações patológicas, pois o envelhecer é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado pelo conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determina a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente e das funções orgânicas e ligado a fatores biológicos e sociais, e caracteriza uma etapa da vida do homem, acometendo de forma particular cada indivíduo com

sobrevida prolongada, já que o envelhecimento acontece desde o momento do nascimento, perdurando ao longo da vida (FECHINE; TROMPIERE, 2012; YASSINE, 2011; FERREIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2010). Nesse sentido, evidencia-se que o envelhecimento ocorre nas dimensões biológica, social e psicológica.

O envelhecimento biológico caracteriza-se por modificações específicas em cada órgão/sistema do organismo humano, as quais diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz. Ao que parece, ocorre uma deterioração geneticamente programada, com diminuição da capacidade das células de se dividir, renovar-se e regenerar-se. Essas transformações senis são inevitáveis e ditadas por regras biológicas não totalmente esclarecidas, como os processos primários (quando e como o envelhecimento se inicia na vida de um indivíduo) e secundários (qualidade e estilo de vida, dieta calórica, atividades físicas), vinculados ao aumento da idade e ao controle pessoal (PALÁCIOS, 2004; MARTINS, 2003).

Nos ossos ocorre a superação de formação (osteogênese) pela destruição (osteólise), com poros nas partes compactadas do osso, perda da massa óssea, menor resistência, maior fragilidade óssea e risco de fraturas. Nas cartilagens, ocorre perda dos condrócitos, alterações do colágeno, alterações da matriz extracelular e diminuição do teor de água, levando a uma rigidez e fragilidade, dando espaço para a instalação de doenças degenerativas da cartilagem. Nos músculos, ocorre atrofia muscular e lentificação dos movimentos, devido à perda de células musculares e aumento do tecido conjuntivo intracelular (MANSO; BIFFI, 2015).

Ao sistema nervoso compete a atrofia e a diminuição do número de conexões nervosas, dos receptores, neurotransmissores e degeneração dos pequenos vasos sanguíneos. No sistema circulatório, há diminuição da capacidade de utilização de oxigênio e frequência cardíaca máxima, aumento do tecido conjuntivo nos espaços intersticiais e acúmulo de tecido adiposo; nas artérias, há aterosclerose, com conseqüente diminuição da luz das artérias e menor perfusão. No sistema respiratório, há comprometimento da capacidade de realização dos movimentos respiratórios, aumento do diâmetro torácico, diminuição da complacência e do reflexo da tosse; nos pulmões ocorre redução da retração clássica, ocasionando menor taxa de oxigenação sanguínea (MANSO; BIFFI, 2015).

No sistema digestório há redução da produção de secreções pelas glândulas e diminuição da motilidade do trato gastrointestinal; na boca pode ocorrer perda dos dentes; no estômago, redução na produção do muco e suco gástrico; o fígado tende a perder a capacidade de metabolização dos medicamentos, com diminuição em seu tamanho e redução do fluxo



sanguíneo; no intestino grosso há diminuição da pressão intra-abdominal e diminuição da motilidade colônica (MANSO; BIFFI, 2015).

No sistema urinário, há enfraquecimento da musculatura vesical; nos rins, redução da massa renal, com conseqüente diminuição da capacidade de eliminar medicamentos e falhas na reabsorção de glicose e sódio. No sistema endócrino, há atrofia e perda das células; a tireoide diminui discretamente sua produção de hormônios; as células diminuem sua sensibilidade à insulina. Para a pele e o tecido subcutâneo, há redução da espessura; atrofia das glândulas sudoríparas, tornando a pele mais seca e menos oleosa. Nos órgãos sensoriais, há uma redução auditiva e redução da acuidade visual. Para a temperatura, há comprometimento da regulação térmica; lentificação da resposta aos pirógenos e a dificuldade da produção e conservação do calor (MANSO; BIFFI, 2015).

O envelhecimento social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade, sendo fortemente determinada pela cultura e história. A psicológica está relacionada com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente e inclui a inteligência, memória e motivação (ARAÚJO, 2011).

## **2.2 Qualidade de vida em idosos**

Segundo Freitas et al. (2011), qualidade de vida (QV) é uma expressão comumente utilizada, mas possui multiplicidade de conceitos, pois está submetida a múltiplos pontos de vista que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo, mas que também varia de indivíduo para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo e como função de estados emocionais e da ocorrência de eventos cotidianos, socio-históricos e ecológicos.

Para Gordia et.al. (2011), o conceito de QV é vago, multidimensional e amorfo, se reveste de grande complexidade, dada a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, ganho de salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança. Estes mesmos autores afirmam que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades.

No contexto da atenção à saúde, a partir dos anos de 1970, houve um incremento maior do termo em pesquisas, aonde se chegou à conclusão que uma vida longa não era

necessariamente uma boa vida. No Brasil, o termo passou a ter importância significativa na última década do século 20, mais precisamente no ano de 1992 (FREITAS et al., 2011). Na década de 1990 a OMS reuniu especialistas sobre saúde e QV de diversas regiões do mundo para formar um grupo de estudos com a finalidade de aumentar o conhecimento científico da área e desenvolver instrumentos de avaliação dentro de uma perspectiva transcultural e multidimensional (GORDIA et al., 2011). A OMS, desse modo, define QV como “*percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Percebe-se, então, que o constructo QV proposto pelo Grupo WHOQOL apresenta componentes de subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade. Seidl e Zannon (2004, p. 582) apontam que “*no que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de saúde*” e sobre a multidimensionalidade, ressaltam que “*o constructo é composto por diferentes dimensões*”. Sobre a bipolaridade, apresenta dimensões positivas e negativas, como as questões de autonomia, dependência, mobilidade, dor; enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. A questão da subjetividade é clara ao entender que a QV é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados (PASCHOAL, 2000).

Partindo do aspecto teórico para o prático, a temática QV vem sendo assunto de inúmeras pesquisas científicas em todas as áreas de conhecimento, já que existe uma preocupação universal em identificar como vivem as populações das mais variadas sociedades e seus resultados permitem melhor avaliar as intervenções e os impactos no seu bem-estar (RIBEIRO; ROCHA; POPIM, 2010). Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 08) em relevante publicação no campo da saúde coletiva, a QV “*é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial*”. A polissemia engendrada pela expressão reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades em variadas épocas e espaços, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A partir das definições abordadas, é pertinente por em pauta a relação existente entre QV e envelhecimento, sobretudo porque a QV de idosos tem sido motivo de muitas discussões mundialmente, uma vez que existe atualmente uma elevada preocupação em manter a saúde e o bem-estar global dessas pessoas, para que possam envelhecer com dignidade e com o suprimento satisfatório das suas necessidades biopsicossociais. Este é

inegavelmente um desafio que cresce em importância: garantir QV aos anos conquistados a mais.

Considerando a funcionalidade do idoso representada pela autonomia e independência, o conceito de QV na velhice relaciona-se em maior proporção à funcionalidade e a forma de adaptação às perdas físicas e cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento do que com a presença de morbidades (RODRIGUES; NERI, 2012). De modo mais amplo, definir QV relacionando-a ao segmento populacional idoso depende da combinação de elementos que envolvem dimensões como bem-estar físico, emocional e familiar, capacidade funcional, espiritualidade, respeito social, sexualidade e ocupação. Esses fatores, quando integrados, mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o meio de convívio (HEINONEN et al., 2004).

Para a avaliação da QV do idoso é indispensável a adoção de critérios de natureza biopsicossocial e cultural, pois muitos elementos são apontados como aqueles que indicam e determinam o bem-estar nessa população, incluindo longevidade, saúde biológica e mental, satisfação consigo mesmo, *status* financeiro e social, responsabilidade com papéis familiares, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva e continuidade de relações de amizade (SANTOS et al., 2002). Sendo assim, a avaliação da QV de indivíduos e populações, realizada por meio de instrumentos de mensuração, é de significativa relevância para o conhecimento científico e para a área da saúde, por estabelecer uma linguagem comum entre a equipe multiprofissional e permitir o monitoramento, a avaliação e o planejamento dos cuidados para o paciente de forma holística (CURCIO; LIMA; ALEXANDRE, 2011).

Muitos instrumentos foram elaborados para viabilizar a avaliação da QV diante da pluralidade de seus conceitos e, sobretudo, da necessidade de averiguar a QV de idosos, haja vista sua subjetividade. Entre os primeiros instrumentos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o mais difundido, apresentando-se como um indicador sintético por basear-se em apenas três fatores: renda, saúde e educação (MINAYO; HARZ; BUSS, 2000). A partir da necessidade da criação de métodos com enfoques mais amplos relacionados à QV foram elaborados instrumentos “genéricos” e “específicos”. Os genéricos são instrumentos globais de avaliação, com foco nos aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos físicos e emocionais, sem considerar as patologias ou o estado de saúde; e os específicos voltam-se para determinada área de interesse, sendo multidimensionais e avaliando a percepção geral da QV quando relacionada a determinada enfermidade (SILQUEIRA, 2005).

Entre os instrumentos genéricos destacam-se o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers e os desenvolvidos pelo Grupo de QV da OMS – o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. Dentro da categoria dos genéricos existem àqueles que são especificamente direcionados à avaliação da saúde, tendo como vantagem a possibilidade de averiguar os diferentes aspectos da QV que são afetados devido à condição de saúde ou de doença e tratamento. Tais instrumentos podem ser utilizados em populações gerais ou específicas para avaliar domínios aplicáveis aos diferentes estados de saúde. Citam-se como instrumentos genéricos direcionados à avaliação da saúde o *Nottingham Health Profile* (NHP) e o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) (SILQUEIRA, 2005).

Os instrumentos específicos caracterizam-se por ter como foco determinada área de interesse (doenças, grupos populacionais, funções) e geralmente são multidimensionais e avaliam a percepção geral da QV, embora a ênfase habitualmente seja sobre os sintomas, incapacidades ou limitações relacionados a determinada enfermidade, a exemplo do WHOQOL-Old, o WHOQOL-HIV e o *Diabetes-Specific Quality-of-life Scale* (DSQOLS), utilizados para avaliar a QV de idosos, portadores de HIV/Aids e pacientes acometidos pelo Diabetes Mellitus, respectivamente (SILQUEIRA, 2005; AGUIAR et al., 2008). Neste estudo utilizou-se o instrumento WHOQOL-OLD, específico para a avaliação complementar sobre qualidade de vida em idosos que contribui com informações adicionais nessa população específica (POWER; SCHMIDT, 1998).

### **2.3 O cuidador e sua contribuição para a qualidade de vida de idosos**

“Cuidador de idosos” é uma categoria relativamente nova no Brasil. Há poucos anos, ouvia-se o termo “acompanhante” para designar as pessoas que, em troca de estarem com o idoso auxiliando em suas atividades, recebiam uma quantia em dinheiro. Mais recentemente, a imagem do “cuidador” ganhou força, se constituindo em um novo ator político e, por consequência, objeto de propostas de ações e intervenções governamentais e legislativas para sua atuação (DEBERT; OLIVEIRA, 2015).

Não apenas no Brasil, mas em diversas partes do mundo está havendo o prolongamento da vida humana. Em nosso país, as estatísticas sobre o envelhecimento populacional e as projeções demográficas sobre o número de idosos que teremos nas próximas décadas, entre outros dados, fazem que o foco da mídia e dos especialistas não seja apenas o

sistema previdenciário ou a saúde pública, mas, de modo crescente, também o debate em torno do cuidado dos idosos (DEBERT, 2012).

Cumprindo atribuições de gênero, as mulheres são os cuidadores familiares mais prováveis. Mulheres cuidadoras são geralmente esposas ou filhas dos idosos que são alvos do cuidado, pois o desempenho do cuidado é regulado por normas e valores sociais que determinam que as mulheres naturalmente cuidem de seus maridos, pais e sogros. A questão de saber quem cuidará dos idosos ganha ainda maior importância quando o foco se volta para as novas configurações das famílias, com a proporção cada vez maior de mulheres no mercado de trabalho brasileiro (CAMARANO; MELLO, 2010; SORJ; FONTES, 2012; HIRATA; GUIMARÃES, 2012).

Foi em 1999, com a Política Nacional de Saúde do Idoso, que se estabeleceu a definição de cuidador. Este é entendido como uma pessoa que, com ou sem remuneração, realiza o cuidado do idoso dependente ou doente na realização de suas atividades diárias, excluindo-se os procedimentos ou técnicas legalmente regulamentados por outras profissões, em especial da área da Enfermagem (BRASIL, 1999).

O Estatuto do Idoso em seu artigo 3º prevê que: “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2010).

Camarano e Mello (2010) afirmam que os serviços de cuidado são oferecidos no próprio domicílio, na comunidade ou em instituições. No Brasil, a classe dos cuidadores se divide categoricamente em dois tipos: o *formal* e o *informal*. Podem ser informais, os cuidados prestados pelas famílias, por amigos/ou vizinhos; ou formais, quando feitos por profissionais. O cuidado formal é prestado pelo Estado ou pelo mercado, e pode ser domiciliar ou institucional, sendo o institucional pouco popular, muitas vezes considerado o último recurso quando ocorre a perda da capacidade mental e funcional do idoso. De modo geral, formal ou informal, a maioria das sociedades tem a mulher como principal cuidadora, em particular no que diz respeito aos cuidados de longa duração. Outra classificação se dá com cuidadores principais ou secundários, sendo, respectivamente, totalmente responsáveis pelos cuidados aos idosos ou em caráter complementar.

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “*cuida a partir dos objetivos*

*estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida*". É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2010, p. 781).

Nesta perspectiva mais ampla do cuidado, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário. A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Cabe ressaltar que nem sempre se pode escolher ser cuidador, principalmente quando a pessoa cuidada é um familiar ou amigo. É fundamental ter a compreensão de se tratar de tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios (BRASIL, 2010).

Estudo realizado por Ferreira et al. (2010), evidenciou que o elevado percentual de idosos funcionalmente independentes ocorreu devido, em grande parte, ao fato de residirem em casa própria e conviverem na comunidade, com o cônjuge e/ou parentes próximos. No estudo realizado por eles, os idosos estavam inseridos na sociedade, eram capazes de autocuidar-se e não possuíam a figura do cuidador. Boff (2012) destaca, que de fato, não ter cuidador contribui para melhor capacidade funcional do idoso e diminuição da vigilância e dependência dos seus familiares. Em contrapartida, a ausência deste pode vulnerabilizar o idoso a determinados riscos e graves problemas para a saúde, uma vez o cuidado ser uma atitude de relação harmoniosa e protetora para a manutenção da vida.

*3 Metodologia*

---

### **3.1 Tipo de Estudo**

Consta de um estudo exploratório-observacional, de natureza quantitativa. Para Gil (2008), o estudo exploratório tem por intuito a aproximação com o tema, proporcionando uma visão mais clara e delimitada, a fim de propiciar a formulação de problemas concisos ou hipóteses a serem estudadas posteriormente. Já a abordagem observacional baseou-se na coleta de dados para adquirir informações e adota os sentidos como meios para obtenção de fatos no contexto de uma realidade. Esta técnica auxilia na identificação e alcance de provas, a partir da investigação social.

Para Marconi e Lakatos (2010), a pesquisa de natureza quantitativa é caracterizada por ser uma investigação causal baseada na experiência, a partir de uma coleta de dados metódica, na qual envolve informações numéricas, ratificada através de quadros, tabelas e medidas.

### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), representado na pesquisa por cinco cidades: Barra de Santa Rosa, Cuité, Nova Floresta, Remígio e Sossego, selecionados previamente devido a viabilidade de acesso e aproximação geográfica com o município sede do Centro de educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (campus Cuité).

As Unidades de Saúde da Família (USF's) vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) foram usadas como referência para realização da pesquisa, uma vez permitirem o contato dos pesquisadores com os prováveis sujeitos do estudo. Contudo, a unidade de referência de coleta de dados foi o domicílio do idoso, o que minimizou o enviesamento da seleção dos participantes.

### **3.3 População e Amostra**

Conforme dados censitários do IBGE (2010) publicados no ano de 2010, os cinco municípios possuíam um total de 9.606 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos, distribuídos da seguinte forma: Remígio (2.614), Cuité (2.040), Barra de Santa Rosa (2.001), Nova Floresta (1.576) e Sossego (375), sendo este contingente o universo populacional para



este estudo. A amostra probabilística do tipo aleatória simples, calculada com base em uma prevalência estimada de qualidade de vida satisfatória entre idosos acompanhados ou não por cuidadores de 50% e considerando o erro amostral de 5%, nível de confiabilidade de 95% e acréscimo de 20% para possíveis perdas, foi composta por 444 idosos, sendo 140 de Cuité, 122 de Remígio, 92 de Barra de Santa Rosa, 73 de Nova Floresta e 17 de Sossego.

Conforme a distribuição do público alvo, os participantes foram elencados através do critério de acessibilidade que consiste no método menos rigoroso de amostragem, pois não envolvem procedimentos estatísticos. Nesse modelo de seleção, o pesquisador elege os participantes a que tem acesso, e estes, por sua vez, representaram o universo da pesquisa (GIL, 2008). Nesse sentido, a amostra para este estudo foi baseada nos critérios de inclusão expostos a diante.

#### *Crítérios de inclusão da amostra*

Para a inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ autorreferir acompanhamento ou não de cuidador, para a posterior comparação;
- ✓ ser devidamente cadastrado e acompanhado na Estratégia Saúde da Família; e
- ✓ não possuir deficiência cognitiva, testada pela orientação temporal (data da entrevista), orientação espacial (relato do endereço) e memória (data de nascimento), como adaptação de parte dos elementos constituintes do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

### **3.4 Instrumentos para Coleta de Dados**

#### *Questionário para coleta de dados (Anexo A)*

Trata-se de um instrumento de coleta de dados composto por 03 seções, sendo estas descritas como A, B e C, utilizado no projeto universal no qual esta proposta foi recortada.

- ✓ Seção A (Informações Pessoais): para contemplar esta seção foram coletadas as seguintes informações pessoais: faixa etária; sexo; cor da pele; estado civil; arranjo

familiar; responsabilidade pelo domicílio; presença de cuidador; identificação do cuidador; religião; e tipo de serviço de saúde utilizado.

- ✓ Seção B (Perfil Social): a averiguação do perfil social foi composta pelos seguintes itens: alfabetização funcional; renda do idoso; renda familiar; e autoavaliação das necessidades básicas.
- ✓ Seção C (Estilo de vida): visou averiguar os dados relacionados ao tabagismo, consumo de álcool, realização de atividade física e nível de estresse.

Para contemplar, portanto, os objetivos propostos neste estudo, foram selecionadas apenas as variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, arranjo familiar, escolaridade e renda familiar.

### ***Questionário Whoqol-Old (Anexo B)***

No segundo momento foi avaliada a Qualidade de Vida com a utilização do instrumento WHOQOL-Old, que foi preenchido pelos idosos selecionados para compor a amostra com a coparticipação do pesquisador, conforme a necessidade.

O questionário WHOQOL-Old é composto por 24 itens registrados em uma escala do tipo Likert variando de um a cinco pontos. Escores mais altos representaram uma alta qualidade de vida, escores baixos representaram uma baixa qualidade de vida. Os itens estão organizados em seis facetas: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Para cada faceta são dispostos quatro itens. Com isso, todas as facetas formam um escore dos valores possíveis que pode oscilar de 4 a 20. A pontuação dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-Old foi combinada para produzir um escore geral para a qualidade de vida em adultos idosos (CHACHAMOVICH, 2005).

A faceta “Funcionamento do Sensório” avalia a função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade de vida. A faceta “Autonomia” refere-se à independência no idoso, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” descreve o grau de satisfação sobre conquistas vividas e o que anseia. A faceta “Participação Social” verifica a participação em atividades do cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas em

comunidade. A faceta “Morte e Morrer” descreve as preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer. E a faceta “Intimidade” avalia as relações pessoais e íntimas (OMS, 2005).

### **3.5 Procedimentos para Coleta de Dados**

Por tratar-se de um projeto universal institucionalizado na Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UAENFE/CES/UFCG), a coleta de dados foi efetuada durante os meses de novembro de 2014 e março de 2015, mediante a aplicação dos instrumentos junto aos idosos em seus domicílios.

A equipe de entrevistadores, previamente treinada, foi constituída pela equipe da pesquisa: o pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do CES/UFCG e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRN), 13 (treze) alunos regularmente matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e 5 (cinco) Enfermeiros recém-egressos do CES.

### **3.6 Análise dos Dados**

Para a análise dos dados quantitativos do estudo, inicialmente foi realizada a digitação das informações no programa *Excel* versão 2010, codificando todas as variáveis contidas nos instrumentos. Em seguida os dados foram importados para o aplicativo IBM SPSS *Statistics* 20.0, para a análise univariada, em que foram calculadas as frequências simples, para as variáveis nominais e ordinais; e medidas de posição (mínimo, máximo e média) e variabilidade (desvio padrão) para as variáveis quantitativas.

O *software* IBM SPSS *Statistics* também subsidiou a análise dos resultados para avaliação da qualidade de vida adotada pelo Whoqol-Old por meio de cálculos para o Escore Bruto das Facetas (EBF), Escore Médio Padronizado da Faceta (EPF), com valores entre 1 a 5

e o Escore Transformado da Faceta (ETF) variando de 0 a 100. Para pontuar o questionário corretamente, a seguinte lista de pontuação foi administrada (OMS, 2015):

(a) Escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

(b) Categorização dos itens nas escalas apropriadas. Para itens expressos positivamente, pode-se aplicar a classificação acima, na qual valores mais elevados representam uma melhor qualidade de vida. Para itens expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado;

(c) Recodificação dos itens expressos negativamente, isto é, cada item identificado com um “\*” na lista de pontuação tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Ao fazer a recodificação, os escores altos em itens expressos positivamente refletirão uma qualidade de vida mais elevada.

(d) A utilização da lista de pontuação também é necessária para se identificar quais itens pertencem a uma faceta. Os itens a serem recodificados (veja etapa c) são marcados com um asterisco;

(e) A soma dos itens que pertencem a uma faceta produz o escore bruto da faceta (EBF). Sua amplitude situa-se entre o mais baixo valor possível (número de itens (n) x 1) e o mais alto valor possível (número de itens (n) x 5) da respectiva faceta. Para o módulo WHOQOL-Old, cada uma das seis facetas inclui 4 itens, assim os valores dos escores brutos mais baixos o possível e mais altos o possível são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20);

(f) A comparação dos escores entre as facetas é possibilitada ao se comparar diretamente os escores brutos das facetas. Visto que todas as facetas incluem 4 itens com o mesmo formato de pontuação e classificação, não é necessária a transformação dos escores brutos (desde que todos os itens por faceta tenham sido respondidos);

(g) Caso o escore bruto da faceta seja dividido pelo número de itens na faceta, o escore (médio) padronizado da faceta (EPF) pode ter qualquer valor decimal entre 1 e 5. O valor 1 representa uma avaliação da qualidade de vida a mais baixa possível e o valor 5 uma avaliação da qualidade de vida a mais alta possível para o indivíduo;

(h) A transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala (ETE) entre 0 e 100 possibilita expressar o escore da escala em percentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100). Para se obter o escore transformado da faceta (ETF) (0-100), pode-se aplicar a seguinte regra de transformação:  $ETF = 6,25 \times (EBF - 4)$ .

(i) A produção do escore total do WHOQOL-Old envolve a adição dos escores das facetas de uma pessoa usando todos os itens (ao invés dos itens da faceta somente) do questionário (mais uma vez prestando atenção ao procedimento de recodificação – veja os passos “b” e “c”). Os itens podem ser adicionados para formar um escore bruto total (conforme o passo “e”, mas usando todos os itens), um escore (médio) padronizado total (conforme o passo “g”, mas usando todos os itens), ou um escore transformado total (0-100) (conforme o passo “h”, mas usando todos os itens).

(j) A acumulação dos valores de mais de uma pessoa – p.ex., uma faixa etária especial – pode ser realizada simplesmente se somando os escores das facetas e/ou os escores totais de cada indivíduo naquela amostra (a nível de escore bruto, médio/padronizado ou transformado) e dividindo o resultado respectivo através do número de participantes para produzir o escore médio do grupo correspondente.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Em conformidade com as exigências éticas em pesquisas, o desenvolvimento desta investigação cumpriu os princípios éticos estabelecidos nas diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Com base nesta Resolução, foram assegurados os direitos e deveres dos participantes, bem como o anonimato, a autonomia, o sigilo e privacidade, a não-maleficência, a beneficência, a justiça, a equidade, entre outros. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), uma ferramenta obrigatória, para familiarização dos participantes com a proposta evidenciada na pesquisa e consentimento da participação livre de riscos ou danos significativos (BRASIL, 2012).

É importante destacar que para a realização deste estudo, a priori, foi solicitada a autorização da direção do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande bem como das Secretarias de Saúde dos cinco municípios envolvidos na pesquisa. Após a assinatura dos termos de autorização, o projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG, obtendo a aprovação sob parecer nº 844.702 em 28 de outubro de 2014.

## *4 Análise e Discussão dos Resultados*

---

#### 4.1 Perfil socioeconômico e demográficos dos idosos

Com relação ao perfil socioeconômico e demográfico, a Tabela 1 demonstra os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta e frequência relativa) obtidos quanto às seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, arranjo familiar, escolaridade e renda familiar de idosos com e sem cuidadores.

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico e demográfico de idosos com e sem cuidador acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Curimataú ocidental paraibano (n=444).

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	IDOSOS			
		COM CUIDADOR		SEM CUIDADOR	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Masculino	80	45,2	115	43,1
	Feminino	97	54,8	152	56,9
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	89	50,3	193	72,3
	75 a 89	75	42,4	71	26,6
	Acima de 90	13	7,3	03	1,1
<i>Estado civil</i>	Solteiro	14	7,9	30	11,2
	Casado	88	49,7	166	62,2
	Divorciado	06	3,4	13	4,9
	Separado	05	2,8	01	0,4
	Viúvo	62	35,0	51	19,1
	União consensual	02	1,1	06	2,2
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	18	10,2	43	16,1
	Somente com o cônjuge	46	26,0	78	29,2
	Cônjuge e filhos	28	15,8	75	28,1
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	13	7,3	06	2,2
	Somente com os filhos	29	16,4	11	4,1
	Arranjos trigeracionais	24	13,6	27	10,1
	Arranjos intrageracionais	03	1,7	06	2,2
	Somente com os netos	03	1,7	04	1,5
	Não familiares	01	0,6	04	1,5
Outros arranjos	12	6,8	13	4,9	
<i>Escolaridade</i>	Não alfabetizado	100	56,5	103	38,6
	01 a 04 anos estudados	42	23,7	64	24,0
	05 a 08 anos estudados	31	17,5	74	27,7
	09 a 11 anos estudados	02	1,1	09	3,4
	Acima de 12 anos estudados	02	1,1	17	6,4
<i>Renda familiar</i>	Menor ou igual a 02 sm	127	71,8	171	64,0
	Maior que 02 sm ou menor ou igual a 04 sm	45	25,4	77	28,8
	Acima de 04 sm	05	2,8	19	7,1
<b>TOTAL</b>		<b>177</b>	<b>39,9</b>	<b>267</b>	<b>60,1</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Ao caracterizar a amostra em frequência absoluta na variável *sexo*, houve uma predominância do feminino dentre os participantes, corroborando o fenômeno descrito por

“feminização da velhice”, que cresce na razão direta com o avanço da idade (OPAS, 2005; CAMARANO, 2004; LIMA, 2009). Este achado condiz com resultados de vários outros estudos já realizados, a exemplo do publicado por Nicodemo e Godoi (2010), vindo a comprovar o fato que esse processo permeia a população idosa. A investigação de Martins et al. (2009) mostra que no Brasil o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior quando confrontado com o de homens de 65 anos ou mais. Isso pode acontecer pela existência de mortalidade diferencial de gênero, que prevalece há longas datas na população brasileira e maior busca por melhores condições de saúde que condizem com o atual padrão demográfico brasileiro (BORGES, 2013; BRASIL, 2011).

Nesta mesma variável, percebe-se que quanto à presença ou não de cuidador, a população feminina com cuidadores (54,8%) e sem cuidadores (56,9%) é maior que a masculina com (45,8%) e sem (43,1%), respectivamente. Esse fato pode levar ao questionamento da masculinidade refletir diretamente na presença ou não da figura do cuidador, seja pelo fato deles necessitarem de um cuidado externo, por terem envelhecido com mais agravos e menos condições de saúde ou por uma questão de gênero.

Gomes (2007) e Courtney (2000) destacaram em seus estudos a importância em considerar que as práticas e os hábitos de cuidados adotados pelos homens acontecem a partir de uma perspectiva de gênero, que considera as dimensões de iniquidade social e poder (em oposição ao ser mulher identificada com fragilidade e sensibilidade), pois essas manifestações visam demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor. Nesse sentido, o gênero, enquanto princípio ordenador do pensamento e da ação, constrói atributos culturais aos sexos desde uma perspectiva relacional. Para Gomes (2007), a masculinidade (e as feminilidades) constituem espaços simbólicos que estruturam a identidade dos sujeitos, modelam comportamentos e emoções que passam a ter a prerrogativa de modelos a serem seguidos. No tocante à saúde, os homens muitas vezes negam a existência de dor ou sofrimento, de vulnerabilidades, para reforçar a ideia de força do masculino demarcando a diferenciação com o feminino.

Assim, homens revelam maior dificuldade de busca por assistência em saúde em razão de sua autopercepção diminuída de necessidades de cuidados e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino. A estrutura de identidade de gênero, ao construir a noção de invulnerabilidade, força e virilidade como um valor da própria cultura, dificultaria o reconhecimento nos homens de suas necessidades de cuidado à saúde, convergindo com a



imagem que têm dos serviços como um espaço feminino por excelência, destinado às mulheres, crianças e idosos (FIGUEIREDO, 2008). Essa imagem masculina do “ser forte” pode acarretar em práticas de pouco cuidado com o próprio corpo, tornando o homem vulnerável a uma série de situações que o levam a necessitar de outra pessoa (o cuidador) que desempenhe suas funções (GOMES, 2007).

Outro fato importante que os resultados deste estudo mostraram foi que o contrário ocorreu com as mulheres: a porcentagem sem cuidadores foi significativamente maior que a com cuidadores. Sobre este panorama Pinquart (2006) destaca que há uma questão demográfica e epidemiológica importante: as mulheres idosas tendem a ter mais doenças crônicas, incapacidades e sintomas depressivos, necessitando assim de mais cuidados que os homens idosos.

Quanto à variável *faixa etária*, 72,3% dos idosos com idade entre 60 e 74 anos referiram “não” para presença do cuidador; ao passo que 42,4% na faixa de 75 a 89 anos e 7,3% com idade acima de 90 anos, autorreferiram “sim” para cuidador. Esse dado leva ao entendimento de que na medida que a idade avança, o percentual de idosos sem cuidador diminui, podendo este fato estar associado à perda da capacidade funcional, autonomia e independência, dificultando a realização de suas funções.

Esse fato é ratificado por Ansai e Sera (2013), que destacaram o fato de que conforme a pessoa envelhece, há o aumento da dependência nas atividades de vida diária, devido principalmente às alterações ligadas ao próprio envelhecimento fisiológico que acontecem na proporção da idade, ou seja, quanto mais idoso a pessoa for, maiores serão as alterações orgânicas e funcionais. Assim, haverá o maior risco de perder a capacidade de agir de forma autônoma, necessitando de uma pessoa que realize essas tarefas. Ademais, além do maior grau de dependência dos idosos estar associado à maior idade, também há uma relação com a presença do cuidador, justamente por essa figura passar a desempenhar atividades que eram inerentes ao idoso.

Estudos sobre a funcionalidade de idosos mostram que as atividades básicas da vida diária são as últimas a serem comprometidas em decorrência do envelhecimento ou dos agravos à saúde. Numa hierarquia de complexidade, encontra-se inicialmente o comprometimento das atividades avançadas da vida diária, seguida das atividades instrumentais da vida diária e, por último, as atividades básicas da vida diária, as quais estão estreitamente relacionadas às atividades de autocuidado (PEDRAZZI, 2008).

Ramos (2003), também destacou a correlação negativa da idade com o desempenho funcional do idoso, embora com força de baixa magnitude entre as variáveis, que levanta a hipótese de que, que quanto mais longo o idoso, menores serão os escores da capacidade funcional, ou seja, menor a independência funcional e maior a necessidade de ter um cuidador. Deste modo, fica comprovado que quanto mais idade o idoso tiver, maior será a necessidade de cuidados externos, necessitando assim da presença do cuidador.

A variável *estado civil* mostrou que 49,7% dos idosos casados possuem cuidador e 62,2% dos mesmos não possuem. Pesquisas mostram que a maioria dos cônjuges são os próprios cuidadores de seus companheiros. Inúmeras famílias não possuem condições financeiras para contratar um profissional particular que venha a ajudar no cuidado ao idoso, construindo um panorama em que a maioria dos idosos reside com seus cônjuges e suas famílias, sendo estes responsáveis por prover o cuidado (ALMEIDA; BORGES; SHUHAMA, 2016).

Em pesquisa realizada com 1.581 idosos residentes em três cidades brasileiras (Parnaíba - PI; Campinas – SP; Ivoti – RS), verificou-se que a maioria dos idosos era cuidadora de seus próprios cônjuges (76,3%) (TOMOMITSU, 2013). Outro estudo desenvolvido no contexto de Palmeira das Missões – Rio Grande do Sul, traz consonância com os dados encontrados, tendo em vista que neste, a presença do cônjuge (20%) entre os cuidadores denota que idosos estão cuidando de idosos (GONÇALVES, et.al., 2012). Esses dados são similares a outros estudos, os quais identificaram que houve aumento de cuidadores idosos, por cônjuges de ambos os sexos, exercendo o encargo do cuidado de seus parceiros (PEDRAZZI, 2008; MELO 2009). Desse modo, a família é tida como o *locus* e provedora do cuidado.

Em se tratando da variável *arranjo familiar*, destaca-se que da quantidade de idosos que moram somente com cônjuge, 26% e 29,2% dos participantes possuem e não possuem cuidadores, respectivamente; seguido dos que moram com o cônjuge e filhos (28,1% não possuem cuidador) e dos que moram somente com os filhos (16,4% possuem cuidador). De acordo com estudo realizado pela ONU (2011) sobre arranjos domiciliares, nos países desenvolvidos o arranjo mais comum são modalidades de vida independente, como morar sozinho, e, naqueles em desenvolvimento, a maioria dos idosos vive com seus filhos.

Conforme a legislação brasileira – Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso – é preconizado que é dever da família, do Estado e da sociedade, amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade,

defendendo sua dignidade e bem estar como a garantia do direito a vida a família, sendo responsável primordial por cuidar do idoso, bem como garantir a proteção à saúde e a vida conforme as políticas públicas para que esse venha a ter um envelhecimento saudável com condições dignas, assim como a sociedade que também participa do cuidado ao idoso, pois ela vai garantir a liberdade, o respeito, a dignidade como pessoa dos direitos civis, políticos, individuais e sociais preconizados na constituição e leis (RIBEIRO et al., 2010).

Silva, Santos e Souza (2014) destacaram em seu estudo, que a família é a fonte de apoio e cuidados informais para a população idosa. As políticas públicas e de saúde priorizam o cuidado ao idoso por parte da família no ambiente domiciliar. Essa família é indispensável para que o idoso garanta seus direitos sociais e de saúde. Nessa conjuntura de família provedora de cuidados, é importante destacar a inserção familiar do idoso em domicílios multigeracionais: a convivência com familiares pode tanto oferecer benefícios, no sentido do apoio familiar nas condições debilitantes e de dependência, reduzindo o isolamento, como gerar conflitos intergeracionais, que acabam por diminuir a autoestima e deteriorar o estado emocional do idoso, afetando de forma marcante a qualidade de vida (ONU, 2011; CALDAS, 2003).

Em estudo desenvolvido no município de Sobral – Ceará com 60 familiares/cuidadores principais, os filhos se destacaram como cuidadores principais dos pais (66,7%) (MUNIZ et al., 2016). Almeida (2012) realizou uma pesquisa com 30 usuários de uma Unidade de Saúde da Família (USF) que desempenhavam o papel de cuidadores familiares numa cidade no interior do estado de São Paulo, e a análise do grau de parentesco mostrou que os filhos (76,7%) são os principais cuidadores, seguidos dos cônjuges (16,7%), o que mostra que a responsabilidade de cuidar recai quase sempre nos familiares mais próximos e comprovando o fato que prevalece o grau de parentesco do familiar cuidador com o idoso cuidado.

O cuidado familiar está, de fato, atrelado culturalmente na sociedade, porém não são todos os idosos que são cuidados pela família, pois algumas não possuem condições financeiras de desempenharem sua função de cuidadora ou até mesmo não conseguem adequar seu cotidiano (SILVA et al., 2015). Nesse seguimento e diante de todo esse fato da família ser o principal *locus* de cuidado ao idoso, é necessário que políticas públicas sejam implementadas pelo Estado, para que as especificidades desse público alvo (família-idoso cuidado) sejam atendidas e que favoreçam o pleno cuidado ao idoso (CUNHA et al., 2012).

Para a variável *escolaridade*, 56,5% dos idosos não alfabetizados afirmaram terem cuidador. Para os que estudaram de 01 a 04 anos, 24% referiram “não” para presença do cuidador. Para os que tiveram de 05 a 08 anos de instrução, 27,7% também mencionaram “não” para cuidador e para os que tiveram de 09 a 11 anos estudados, bem como os que tinham escolaridade acima de 12 anos estudados, a porcentagem de ter cuidador foi de 1,1% para ambos.

A baixa escolaridade dos idosos é reflexo de um processo histórico e social do país, explicada como sendo consequência da desigualdade social no Brasil, aliado a ausência de políticas de educação nos anos 20-40 do século passado, quando o acesso à escola ainda era muito restrito, visto que a educação era desvalorizada e não prioritária (não havia uma cobrança por nível escolar, como nos dias atuais), sendo o trabalho o enfoque do governo. Outro ponto importante foi o fato das mulheres serem mais afetadas, visto que não eram estimuladas a estudar, pois o seu papel social era de casar, ter filhos e cuidar do domicílio (MACHADO; VIEIRA, 2015; MARIN et al., 2010; CAMPOS et al., 2009).

Conforme o estudo de Silva, Magalhães e Abreu (2015), mais da metade dos idosos tinham apenas o ensino fundamental e houve um número significativo de analfabetos, contribuindo para um contexto de vulnerabilidade social caracterizado por aspectos culturais, sociais, psicológicos e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais, impede uma boa carreira profissional, reduz os salários, limita também a defesa dos próprios direitos e o acesso aos serviços de saúde, que são elementos essenciais à qualidade de vida satisfatória.

Santos, Tavares e Barbosa (2010) consideram que para que o ser humano envelheça com qualidade, vários fatores devem ser considerados, como: idade, sexo, arranjo familiar, estado conjugal, educação, renda, doenças crônicas e capacidade funcional. O estudo evidenciou que a idade, o sexo, a renda, a escolaridade e a etnia estavam relacionados à maior chance de os idosos apresentarem dificuldades para realizar as atividades instrumentais da vida diária

Rocha, Klei e Paschoalatti (2014) ressaltam que o baixo nível de escolaridade pode estar associado com o declínio das funções cognitivas, refletindo principalmente no desempenho das atividades de vida, de forma mais acelerada na velhice, tornando assim, o idoso mais dependente de um cuidador. Segundo dados levantados pelo IBGE (2010), há uma elevada incidência de baixos níveis de instrução dos idosos brasileiros. Muitos anos de educação formal tornam o cérebro mais resistente e flexível diante dos efeitos de doenças ou

das alterações comuns causadas pelo envelhecimento, proporcionando assim o melhor desempenho.

A partir desse dado, levanta-se o questionamento se o grau de instrução influencia diretamente na necessidade em ter ou não a figura do cuidador. Tajvar et al. (2008) constataram que menores níveis educacionais, entre outros, representam elementos que contribuem negativamente a saúde física, com repercussões na qualidade de vida, principalmente na capacidade funcional. Isso leva a crer que idosos que possuem menores graus de instrução demandam maior cuidado, principalmente porque a educação é um indicador que está associado a um nível social e econômico maior, possuindo impactos diretos na capacidade do autocuidado. Por isso, idosos que possuem um maior grau de instrução, tendem a necessitar menos de cuidados externos (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015).

A Constituição Federal de 1988 enuncia o direito à educação como um direito social de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Para a concretização de tais objetivos, necessita-se de um sistema educacional democrático, pautado em vários princípios que a CF/88 acolhe, entre eles a universalidade, igualdade, liberdade, bem como a garantia de acesso a educação a todos aqueles que não tiveram oportunidades na idade própria para o estudo (BRASIL, 1988).

É importante que se garantam aos idosos, independentemente do grau de escolaridade, o acesso à educação ao longo de toda a velhice, aí incluídos o domínio de novas tecnologias e a participação, juntamente com as demais gerações, na produção e na difusão de bens culturais. O acesso à educação é um fator de crescimento, de conhecimento, de interação, de novas descobertas e vivências, elementos essenciais à preservação e manutenção de uma melhor qualidade de vida.

No que concerne à variável *renda*, observa-se que entre os que possuíam renda familiar menor ou igual a 02 salários mínimos, 71,8% afirmaram possuir cuidador e 64% não. Dentre os que tinham renda maior que dois salários ou menor igual a quatro, 25,4% e 28,8% possuíam e não possuíam cuidador, respectivamente. Já entre os que tinham renda acima de quatro salários mínimos, 2,8% possuíam cuidador e 7,1% não. Sobre esse resultado, Tavares, Côrtes e Dias (2011) mencionam que a renda de até 01 salário pode ser insuficiente para satisfazer às necessidades básicas do idoso. Jakobsson et al. (2005) observaram que

rendimentos frequentemente diminuídos entre os idosos são fatores socioeconômicos importantes na vida diária, na qualidade de vida e no grau de dependência para cuidados externos deste grupo populacional. Segundo estes autores, situação socioeconômica satisfatória associa-se a melhores índices de grau de independência e qualidade de vida.

Um aspecto interessante quanto à renda dos idosos é que com a universalização dos benefícios da seguridade social, ocorrida na década passada, uma boa parcela das famílias com idosos acrescentaram este importante componente de sustentação de suas rendas, complementar aos rendimentos provenientes do trabalho e da produção e, mais ainda, que muitas famílias, frente ao desemprego dos filhos, passaram a contar como fonte de sustento e sobrevivência com o rendimento da aposentadoria dos pais. Assim, 27,0% dos aposentados com 60 anos ou mais continuam trabalhando, sendo, nesse caso 23,3% de homens e 9,1% de mulheres (IBGE, 2012).

Entende-se, nessa perspectiva, que a aposentadoria vem beneficiar ao idoso uma inclusão social juntamente com a realidade no qual vem amenizar sua situação social, porém o valor recebido pelo idoso nem sempre é o suficiente para custear as despesas com relação à alimentação, vestuário e medicamentos que muitos ainda não se encontram na rede pública (BRAGA, et.al., 2016).

Sob um olhar mais abrangente, outro ponto importante que deve ser ressaltado é sobre a situação socioeconômica dos idosos, pois a pobreza é uma característica amarga da velhice. Apesar da heterogeneidade dos idosos, uma característica da maioria das sociedades é que as pessoas idosas são em geral mais pobres do que os adultos mais jovens da mesma população, principalmente as mulheres idosas. Assim, uma das características mais marcantes do envelhecimento populacional da maioria dos países da América Latina, nas quais o Brasil se insere, não é o da dimensão quantitativa e nem a intensidade e a rapidez do processo, mas por ocorrer em um contexto no qual o nível de pobreza é elevado e as desigualdades sociais são grandes (VERAS, 2010; OLIVEIRA et al., 2014).

Frequentemente a família assume a administração dos bens do idoso, desfaz sua casa e cria uma forma de dependência cada vez maior. Como consequência, o idoso torna-se um dependente, perde a autonomia e não controla nem mesmo seu próprio dinheiro. A situação de baixa renda e o envelhecimento dificultam as condições mínimas para sobrevivência, como alimentos, habitação, medicação adequada e outras necessidades da vida, levando a um grau de dependência maior (BRAGA et al., 2016).

A questão previdenciária, também afeta a questão da cidadania do idoso. Uma melhor renda aos aposentados pode garantir o exercício da autonomia, uma vez que eles não dependem de terceiros para se manterem com dignidade. Neste sentido, o Brasil tem um marco inicial em relação à construção da cidadania na velhice: a Constituição Federal de 1988 que garantiu uma renda mínima para os idosos no país. O respeito aos direitos daqueles que envelhecem e uma sociedade consciente desse princípio é capaz de mobilizar o Estado para garantir o espaço social reservado aos velhos e envelhecidos e de formular políticas públicas voltadas para este estrato populacional (SILVA et al., 2012).

Para Andrade et al. (2009), a baixa renda familiar implica na condição de não haver recursos para se contratar alguém para cuidar do paciente. Todavia, os idosos que estão incluídos nessa classe são os que necessitam de mais cuidados, conseqüentemente, alguém da família deve se incumbir dessa responsabilidade. Por isso, os mais pobres estão mais expostos à prestação de cuidado familiar, porque têm menos acesso a ajudas formais para cuidar. Estes aspectos “por si” condicionam o acesso à informação, principalmente no que se refere à disponibilidade de cuidados para qualquer condição de saúde, afetando a sua percepção de QV (AGOSTINHO et al., 2008; PITA-FERNÁNDEZ et al., 2011).

A partir dos resultados obtidos neste estudo, levanta-se o questionamento se a renda influencia diretamente na necessidade em ter ou não a figura do cuidador. Dados do IBGE (2010) ressaltam que a renda per capita domiciliar é de igual importância, decrescendo a declaração de incapacidade à medida que aumenta a renda. Uma possível explicação para essa diferenciação reside no fato de que maiores níveis de renda permitem a aquisição de melhores serviços de acompanhamento, equipamentos de apoio e uma inserção social mais ativa. É também importante para compreender o idoso não apenas como um consumidor em potencial, mas como um indivíduo ativo, que possui necessidades próprias não só à sua idade, mas às suas características pessoais, familiares, sociais, econômicas e culturais (IBGE, 2010).

#### **4.2 Avaliação comparativa da qualidade de vida em idosos**

Com base na adoção de todos os procedimentos recomendados pela OMS para a avaliação da QV de idosos conforme a aplicação do WHOQOL-Old, os resultados podem ser observados na Tabela 2 e no Gráfico 1. O primeiro procedimento adotado foi o cálculo do Escore Bruto das Facetas, que se refere ao valor médio do somatório das respostas apontadas

para os itens que compõem cada faceta, cuja amplitude varia entre 4 e 20. Os resultados do EBF estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Comparação do Escore Bruto das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old (n=444).

FACETAS DO WHOQOL-OLD	IDOSOS	
	COM CUIDADOR	SEM CUIDADOR
	EBF ± dp	EBF ± dp
Funcionamento Sensorio (FS)	13,82 ± 3,66	15,79 ± 3,25
Autonomia (AUT)	12,65 ± 3,01	15,02 ± 2,68
Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF)	14,64 ± 2,33	15,25 ± 2,39
Participação Social (PSO)	12,84 ± 3,09	14,21 ± 2,88
Morte e morrer (MEM)	14,71 ± 4,35	14,80 ± 4,23
Intimidade (INT)	13,67 ± 4,68	15,13 ± 3,96
Qualidade de vida global	13,72 ± 2,18	15,03 ± 1,94

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: dp = desvio padrão; EBF = Escore Bruto da Faceta.

De acordo com os resultados observados na Tabela 2, para os idosos com cuidadores, a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Morte e Morrer*” (EBF=14,71), a qual se refere às preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, refletindo um adequado desempenho para uma boa QV dos idosos. Ao contrário, a faceta de pior desempenho foi “*Autonomia*” (EBF=12,65), que teve escores significativamente abaixo das demais. Esta faceta diz respeito à independência dos idosos, descrevendo até que ponto é capaz de viver de maneira autônoma e tomar suas próprias decisões, expressando uma pior QV nesse aspecto.

Com relação aos idosos sem cuidadores, a faceta que obteve o melhor desempenho foi “*Funcionamento sensorio*” (EBF=15,79), que trata da função sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na QV. O resultado revela, conforme a percepção dos participantes, que até então não ocorreram significativas perdas nas habilidades sensoriais, não interferindo na QV. A faceta de pior desempenho foi “*Participação Social*” (EBF=14,21), que mensura a participação de idosos em atividades no cotidiano, especialmente as que são desenvolvidas na comunidade. Nota-se, desse modo, que os idosos que não possuem cuidadores demonstram uma menor capacidade de participar das atividades em comunidade, refletindo diretamente em pior avaliação da QV.

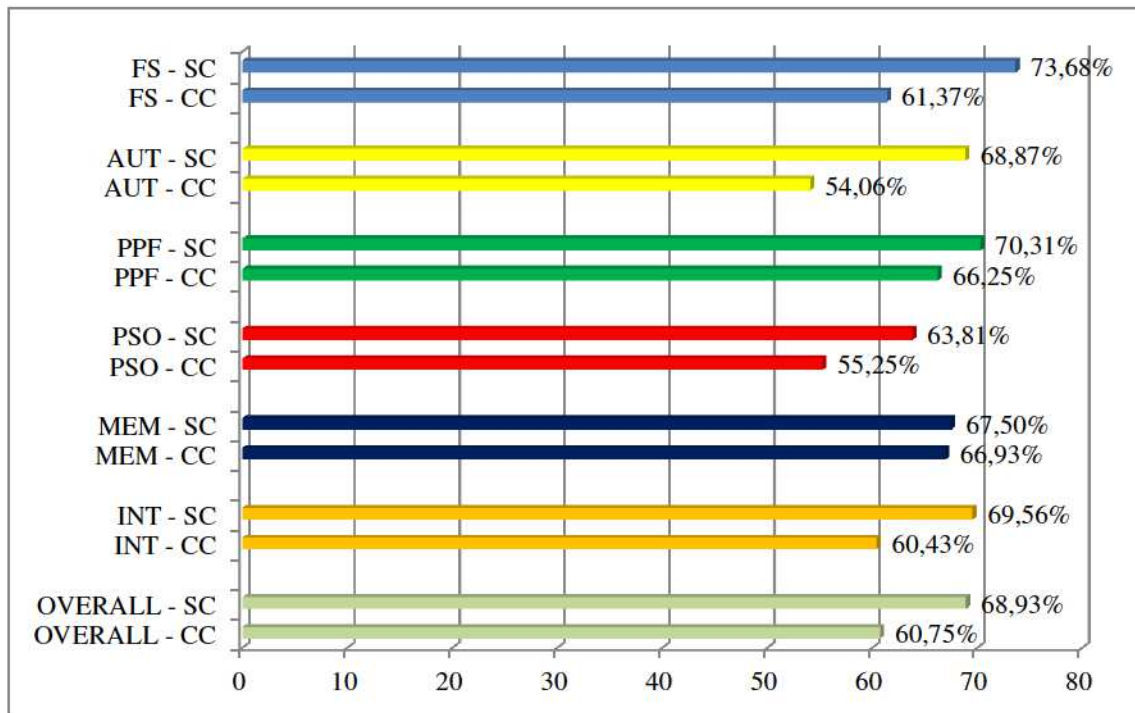
Em se tratando da QV global, relativa à média do somatório de todas as facetas, o melhor desempenho está associado aos idosos sem cuidadores (EBF=15,03), sendo significativamente maior do que a avaliação daqueles que possuem cuidadores (EBF=13,72).



Nessa lógica, evidências apontam que a satisfação geral dos idosos referentes à vida e ao seu bem-estar estão melhores avaliados pelos idosos que não são acompanhados por cuidadores.

Para corroborar os escores já identificados, também foi calculado o Escore Transformado da Faceta (ETF), em que o EBF é convertido para uma escala percentual, possibilitando expressar a relação entre o valor mais baixo possível (0%) e o mais alto possível (100%). O Gráfico 1 apresenta os ETFs bem como o Escore Transformado Total (ETT), que expressa a média percentual da QV dos idosos considerando todas as facetas do questionário (*overall*).

**Gráfico 1** – Comparação do Escore Transformado das Facetas e Total do questionário WHOQOL-Old (n=444).



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.

Legenda: FS = Funcionamento Sensorio; AUT = Autonomia; PPF = Atividades Passadas, Presentes e Futuras; PSO = Participação Social; MEM = Morte e Morrer; INT = Intimidade; SC = Sem cuidador; CC = Com cuidador.

A partir da transformação dos EBT, os ETF, confirmam que para os idosos que possuem cuidadores, a melhor faceta avaliada foi “*Morte e Morrer*” ( $ETF = 66,93\%$ ) e a pior “*Autonomia*” ( $ETF = 54,06\%$ ). Para os que não possuem cuidadores, a que teve melhor desempenho foi a faceta “*Funcionamento Sensorio*” ( $ETF = 73,68\%$ ) e a menor foi “*Participação Social*” ( $ETF = 63,81\%$ ). O resultado demonstra ainda que em relação à QV global (*Overall*), houve uma melhor avaliação por parte dos idosos sem cuidadores ( $ETF =$

68,93%) quando comparado ao resultado alcançado pelos idosos com cuidadores ( $ETF = 60,75\%$ ).

Conforme exposto no Gráfico 1, para os idosos acompanhados por cuidadores, a faceta Autonomia (AUT) foi a pior avaliada ( $ETF = 54,06\%$ ). Essa faceta envolve a liberdade de tomar suas próprias decisões, de sentir que controla seu futuro, de conseguir fazer as coisas que gostaria de fazer ou acreditar que as pessoas ao seu redor respeitam sua liberdade (DALSENTER; MATOS, 2009). A QV dos idosos está intrinsecamente relacionada com a manutenção de sua autonomia, pois para eles a saúde está diretamente relacionada com independência, capacidade de fazer coisas que deseja, trabalhar, poder ir e vir, ainda que seja portador de alguma doença crônica. Mantendo-se independentes e autônomos, as dificuldades serão menores, tanto para si mesmos, como para a família e para a sociedade. Autonomia expressa a plena capacidade de gerenciar-se, tomar decisões e planejar seus objetivos, proporcionando ao idoso a sensação de bem-estar e uma boa QV, independente de sua idade (OBA et al., 2014).

Em investigação feita com 44 idosos institucionalizados com a presença de cuidadores em seis unidades asilares no município de Blumenau, localizado no estado brasileiro de Santa Catarina, a faceta AUT foi a que obteve menor escore de desempenho na QV destes ( $ETF = 45,8\%$ ) (DALSENTER; MATOS, 2009). Outro estudo desenvolvido em duas Instituições de Longa Permanência (ILPI'S) nas cidades de Pouso Alegre (com 53 idosos) e Santa Rita do Sapucaí (com 95 idosos), localizadas no estado de Minas Gerais, também mostrou que a faceta pior avaliada foi a AUT ( $ETF = 56,09\%$ ) (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2012). Em contraponto, os resultados de outra apuração feita no município de Jequié, estado da Bahia, com 117 idosos totalmente dependentes de cuidadores (familiares) cadastrados na Estratégia Saúde da Família foi contrário ao encontrado nos demais estudos, visto que a AUT foi melhor avaliada ( $ETF = 53,16\%$ ) e associada ao menor comprometimento da QV dos idosos (TORRES et al., 2009).

A autonomia é uma capacidade intrínseca a cada pessoa. Resulta de uma construção gradativa e individual, tornando-se bastante difícil afirmar o exato momento em que o indivíduo atinge a sua capacidade plena devido à subjetividade de todo o processo de envelhecimento. Os limites colocados para o idoso pela família e sociedade configuram uma perda de autonomia que lhes apontam não ter os mesmos direitos que lhes cabiam na vida adulta. Isto implica cobranças e exigências do adulto para com os idosos que os limitam, principalmente em relação às possibilidades de satisfação. Ademais, a autonomia do idoso

reflete diretamente também em sua participação social, pois o capacita a participar de um processo no qual interagem aspectos externos e internos à sua escolha (OLIVEIRA, 2011).

Aliado a este fato, o cuidador tende a dedicar muito tempo e esforço para aliviar os problemas e dificuldades das pessoas de que cuidam. Normalmente são propensos a realizarem atividades que os idosos ainda podem desempenhar, tornando os idosos cuidados passivos, sem iniciativas próprias para a execução de atividades que preencham seu tempo e impondo um sentimento de impossibilidade na realização de tarefas rotineiras às quais estavam acostumadas. Tais posturas influenciam diretamente na autonomia e independência dos idosos, que consistem em determinantes básicos para uma boa QV (VIEIRA et al., 2012).

Conforme explicitado no Gráfico 1, para os idosos com cuidadores, a faceta Morte e Morrer (MEM) foi avaliada de forma satisfatória ( $ETF = 66,93\%$ ). A mesma refere-se às expectativas e preocupações que o idoso demonstra a respeito da sua própria morte. Esse resultado condiz com os achados de Serbim e Figueiredo (2011) e Maués et al. (2010), em que a MEM foi avaliada também de forma adequada ( $ETF = 66,93\%$ ). Outra análise feita com 15 idosos com cuidadores, desenvolvido no Distrito Sanitário Norte em Florianópolis – Santa Catarina, mostrou que a faceta melhor avaliada também foi a MEM ( $ETF = 79,58\%$ ). Logo, compreendendo que há uma convergência de resultados entre esses estudos nos escores para a faceta MEM, comprova-se o fato de que os idosos quando acompanhados por um cuidador avaliam melhor a referida faceta.

Gutierrez et al. (2011), a respeito da pontuação advinda da faceta morte e morrer, comenta que a morte desempenha um papel marcado pelo desenvolvimento do ciclo vital do indivíduo. Nessa abordagem, destaca-se que a morte é parte da existência humana, do seu crescimento e desenvolvimento, tanto quanto o nascimento, porém pouco discutido em nossa sociedade. A morte, conforme afirma Lunardi (2004) citada por Lima (2012) é conceituada como uma dimensão integrante da vida, e o viver implica na aceitação e o convívio com ela, muito embora o ser humano crie dispositivos de segurança que permita a negação dessa realidade.

De fato, para o homem a morte é vivida nas perdas experimentadas ao longo do envelhecimento, sejam elas simbólicas ou reais. A maneira como o indivíduo vivencia essas perdas é que vai permitir-lhe dar um real significado à sua finitude. Logo, a morte está intensamente presente nas transformações que o envelhecimento impõe ao homem. Essa presença se concretiza no real, mas também na esfera simbólica (CONCENTINO; VIANA, 2011).

Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, é possível afirmar que os idosos acompanhados por cuidadores demonstraram satisfação para com a faceta MEM. Sendo assim, é evidente que a presença do cuidador diante do processo de morte e morrer, é substancial, pois os idosos veem nessa figura uma ferramenta de segurança, demonstrando menor preocupação ou algum mecanismo de enfrentamento em relação a morte. Fratezi e Gutierrez (2011) destacam que dos sentimentos positivos evidenciados pelos idosos sobre os cuidadores, surgiram sentimentos como zelo, carinho e gratificação pelos cuidados que são prestados a si em seu dia a dia, além de um maior equilíbrio e segurança no morte e morrer.

Assim como o restante da família, o cuidador e o paciente estão unidos em seus sintomas emocionais e psíquicos. Deste modo, visualiza-se que estes cuidadores possuem fundamental importância em todos os aspectos da vida do enfermo, inclusive nas decisões tomadas nesta etapa da vida, pois serão eles que estarão presentes durante toda a jornada do idoso. O acompanhamento e o cuidado dispensados a um idoso até o instante final de sua vida é de suma importância, pois apesar de desgastante em alguns momentos, proporciona ao cuidador estar presente e ativo durante todo o processo (FRATEZI; GUTIERREZ, 2011).

Quanto à faceta Funcionamento Sensorio (FS), esta é representada pelos sentidos: audição, visão, paladar, olfato e tato. Há uma representatividade dessa faceta nos escores de QV, pois quando existem dificuldades e/ou alterações nesses sentidos, há o claro comprometimento de sua vida diária, bem como a capacidade em participar de atividades e a interação com outras pessoas. A sua perda compromete o cotidiano, a capacidade de participar de atividades, de interagir com outras pessoas, impedindo idosos de exercerem sua funcionalidade, conferindo-lhes ausência de autonomia e uma QV aquém da que se preconiza (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

Ainda sobre a faceta FS, os resultados demonstraram melhor avaliação por aqueles idosos que não possuem a figura do cuidador presente em suas vidas ( $ETF = 73,68\%$ ). Esse resultado corrobora o encontrado em estudo desenvolvido com 53 idosas ativas, *sem* cuidadores, com idade de 60 a 81 anos participantes de um programa Idoso em Movimento, na cidade de Curitiba – Paraná, sendo a faceta FS melhor avaliada (76,65%) (VAGETTI et al., 2012). Sob outro prisma, em estudo desenvolvido em duas ILPI'S em Pouso Alegre e Santa Rita do Sapucaí, com 148 idosos (todos com cuidadores) também revelaram que a melhor faceta avaliada foi a FS (73,7%), discordando totalmente no que se refere à ausência do cuidador (VITORNO; PASKULIN; VIANNA, 2012).

De fato, a manutenção plena do FS denota independência e autonomia para os idosos. Além disso, é uma indicação que os idosos estejam satisfeitos quanto ao funcionamento dos seus sentidos, para praticarem seu autocuidado, sobretudo porque as perdas sensoriais se configuram como as principais queixas referidas pelos idosos. E é reconhecida pela maioria das pessoas como um processo natural nessa fase da vida. A diminuição da função sensorial acarreta perda da capacidade funcional podendo impedir a realização das atividades cotidianas, influenciando assim na necessidade do cuidador desempenhar suas funções, provocando interferências diretas na qualidade de vida dos indivíduos afetados (NARDI et al., 2013).

No que tange à faceta Participação Social (PSO), que se refere ao uso do tempo livre e a participação em atividades da comunidade pelos idosos, foi a faceta pior avaliada pelos idosos sem cuidadores ( $ETF = 63,81\%$ ). A literatura tem destacado que idosos consideram de fundamental importância manter os relacionamentos interpessoais, gostam de manter fortalecidos em número e qualidade os vínculos com a família, contribuindo se possível com a educação de filhos e netos, bem como estendendo a vizinhos e amigos, solidificando sua rede de suporte social (VECCHIA et al., 2005). Na velhice, as características principais no comportamento social são a diminuição das capacidades sensoriais e redução da prontidão para a resposta. Outras capacidades podem ser muito importantes, tais como as de estabelecer e manter contato social, além de lidar com os comportamentos sociais decorrentes de preconceitos contra a velhice (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011).

De acordo com Vagetti et al. (2012), a faceta PSO pode oferecer um bom resultado caso os idosos participantes tenham uma percepção de QV mais ativa. Esclarecem também que pessoas idosas que estão inseridas ativamente no meio social podem apresentar melhor QV, haja vista que esse é um fator positivo à manutenção das relações interpessoais e que pode favorecer a autoestima. Quando o idoso participa ativamente de alguma atividade social, esse pode interferir positivamente na sua QV, pois proporciona um suporte social e contribui para reduzir sentimentos de solidão e abandono.

Os resultados encontrados neste estudo são ratificados por outra análise desenvolvida com 418 idosos sem cuidadores, residentes na zona urbana de Uberaba – Minas Gerais, em que os mesmos avaliaram a faceta PSO como a de pior desempenho para a composição do constructo QV ( $ETF = 61,78\%$ ) (TAVARES; CÔRTEZ; DIAS, 2010). Outro estudo, desenvolvido com dois grupos de idosas (total de 62 idosas), sem cuidadores, no município de Uniflor – Paraná, denotou que os Grupos de idosas 1 e 2, demonstraram resultado da PSO

como semelhante ao encontrado em nosso estudo ( $ETF = 62,5\%$  e  $ETF = 56,25\%$ , respectivamente) (OLIVEIRA et al., 2016).

Por conseguinte, conclui-se que os idosos sem cuidadores deste estudo estão substancialmente insatisfeitos com o uso de tempo livre. A PSO é importante para a percepção de uma melhor QV. Outro fato considerável de destacar é a importância do cuidador para promover a inserção social do idoso em algo produtivo, recreativo e benéfico. O fato de um cidadão entrar na velhice não significa descompromisso com a participação, nem renúncia aos direitos de cidadania, embora ocorram diversas mudanças em sua vida, entre elas, o afastamento das atividades de trabalho em virtude principalmente da aposentadoria. Esse achado vai ao encontro das teorias de que a perda do papel social e o declínio da funcionalidade, que normalmente ocorrem com a aposentadoria, interferem marcadamente na qualidade de vida (KIST; BULLA, 2014).

Conviver com pessoas que estejam na mesma fase da vida pode oportunizar momentos de reflexão e debate sobre as perdas e ganhos associados ao processo de envelhecimento e, também, sobre as potencialidades, as perspectivas futuras, as possibilidades de exercício pleno da cidadania, que fomentem sentimentos de pertencer e que abram caminhos para a participação mais ampla na vida social. Além disso, aqueles que estão bem integrados ao seu meio social têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrar melhor capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade. Nesse ínterim, é inegável que a figura do cuidador é essencial para a manutenção da PSO dos idosos estudados e, assegurar assim, melhores níveis de QV (KIST; BULLA, 2014).

Ainda tecendo considerações sobre o Gráfico 1, nota-se que a QV Global (*Overall*) e todas as facetas foram melhor avaliadas pelos idosos sem cuidadores ( $ETF = 68,93\%$ ), indicando e comprovando o que a OMS e o MS dizem sobre a necessidade e a importância de preservar a autonomia e independência dos idosos. Embora haja facetas com resultados menos satisfatórios, principalmente para os idosos com cuidadores, como a autonomia e a participação social, essas podem ser mudadas. É oportuno analisar as facetas que compõem a QV dos idosos com e sem cuidadores, pois assim, podem-se observar quais os domínios da vida desses idosos são afetadas pela presença ou não do cuidador e pelo envelhecimento.

Diante do exposto, percebe-se que a assistência de um cuidador ao idoso é de grande valor, tendo impactos positivos e negativos, visto que a perda da capacidade de realizar seu autocuidado e atividades diárias influencia, como comprovado, negativamente nas

perspectivas da QV dos idosos e exige que outro alguém passe a desempenhar essas tarefas pelo idoso. Acrescenta-se, ainda, a entrada de um desconhecido nos aspectos mais pessoais da vida do idoso, embora o cuidador tente aumentar a capacidade de autonomia do mesmo (SEIMA; LENARDT, 2011).

Como evidenciado neste estudo, os resultados provaram o contrário: os idosos sem cuidadores foram os que avaliaram melhor sua QV. Destarte, sabe-se que a QV no idoso é uma questão multidimensional, mas ela está intimamente ligada a sua autonomia e independência, e por isso ter um cuidador nem sempre é significado de uma melhor QV. Assim, a combinação entre o envolvimento ativo com a vida, por meio do estabelecimento de relações sociais e atividades produtivas, a adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida e manutenção da autonomia e da independência, é um bom caminho para se ter uma boa QV (WICHMANN et al., 2013). Para que isso ocorra, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção de saúde que sejam capazes de serem postas em prática e voltadas principalmente para manutenção desses aspectos mencionados, podendo proporcionar assim, que o idoso tenha uma boa QV, com autonomia, independência, conseguindo assim exercer seu autocuidado, sem necessitar de cuidados externos em larga escala.

## *5 Considerações Finais*

---



Embasado pelos objetivos propostos neste estudo, a análise dos dados permitiu avaliar a qualidade de vida facetada e global dos idosos que autorreferiram serem acompanhados ou não por cuidadores. A amostra total do estudo foi composta por 444 idosos, referente ao grupo total selecionado para o projeto universal do qual esta proposta de estudo foi recortada. Para a análise da qualidade de vida de idosos com ou sem cuidadores foi utilizada a amostra total.

De acordo com os dados obtidos, no que se diz respeito a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra, revelou-se que a maioria dos entrevistados eram do sexo feminino. Quanto a presença do cuidador, a predominância foi dos que referiram o “não” acompanhamento, totalizando 267 idosos; com relação à faixa etária, destacaram-se os idosos com idade entre 60 e 74 anos; quanto ao estado civil, eram em sua maioria casados; no arranjo familiar moravam somente com o cônjuge, seguido de cônjuges e filhos e sozinho; no que se refere à escolaridade, a grande maioria não sabe ler nem escrever e para a variável renda familiar, constatou-se que a maior parte referiu renda familiar igual ou menor que dois salários mínimos, constatando-se assim baixos níveis econômicos. Os que referiram “sim” para presença de cuidador totalizou o conjunto de 177 idosos.

Quanto aos resultados das facetadas que harmonizam a avaliação da QV, observou-se que para os idosos que referiram “sim” para a presença de cuidador a faceta “*Morte e Morrer*” (MEM) obteve o maior escore ( $EBF=14,71$ ;  $ETF=66,93\%$ ), mostrando que os mesmos mostraram-se satisfeitos em ter alguém ao seu lado durante o processo morte e morrer. Contrapondo-se com o MEM, a faceta “*Autonomia*” (AUT) foi a de pior desempenho ( $EBF=12,65$ ;  $ETF=54,06\%$ ), demonstrando que esse escore ficou significativamente abaixo dos demais, expondo assim, que o fato de terem o cuidador desempenhando as funções que eram inerentes ao próprio idoso influenciou substancialmente na capacidade de tomar decisões e desempenhar ações relacionadas ao seu dia-a-dia, induzindo assim, uma menor QV para estes idosos, visto que a manutenção da autonomia é fator fundamental para uma boa QV.

Para os idosos que disseram “não” para a presença do cuidador, a faceta “*Funcionamento Sensorio*” (FS) obteve melhor desempenho ( $EBF=15,79$ ;  $ETF=73,68\%$ ), validando que os idosos do estudo estão satisfeitos quanto ao funcionamento dos seus sentidos, fato importante de se destacar, pois a manutenção plena do FS denota independência e autonomia, minimizando a necessidade de cuidadores para desempenhar suas funções, estando ligado diretamente a uma boa QV. Ao contrário, “*Participação Social*” (PSO) obteve

o menor escore ( $EBF=14,21$ ;  $ETF=63,81\%$ ), ratificando a insatisfação dos participantes com uso de tempo livre e com sua própria inserção social, sendo esta imprescindível para uma melhor QV.

A pesquisa trouxe ainda que QV Global dos idosos participantes não acompanhados por cuidadores obteve o escore transformado total igual a 68,93%, revelando que estes alegaram ter uma melhor QV do que aqueles com cuidadores ( $ETF=60,75\%$ ), ratificando mais uma vez a necessidade e a importância da manutenção da autonomia e independência do idoso.

Outro fato importante que necessita de destaque foi o comprometimento significativo da faceta AUT, que foi a pior avaliada. Esse cenário aponta que esses idosos possuem uma menor disposição para desempenhar as atividades de vida diária e praticar as funções necessárias nessa fase da vida em que a capacidade funcional é o aspecto mais importante e central para manutenção da QV.

Diante de todos os fatos expostos é de fundamental importância que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, conheça as características da comunidade, sobretudo o perfil dos idosos e a atual situação em que o mesmo e seu cuidador, quando houver, se encontram no contexto social, econômico e cultural.

Uma das alternativas para assegurar a autonomia e independência do idoso é o estímulo à promoção da saúde direcionada a este segmento populacional. Contudo, o modelo assistencial que se operacionaliza na prática ainda privilegia as ações curativas, centradas somente na atenção médica, desconsiderando o papel ativo que o sujeito cuidado pode desempenhar. O desenvolvimento do cuidar e de ações de educação em saúde no domicílio para o idoso e seus cuidadores é uma tarefa desafiante para o enfermeiro, vale ressaltar que o domicílio não é um *locus* e nem apresenta características de uma instituição formal de saúde e é o local em que os seres humanos convivem e possuem cuidado individualizados. É um ambiente subjetivo, porque há nele diversos aspectos culturais, econômicos e sociais inerentes aos seus moradores. Sendo assim, é um percurso desafiante, mas de extrema importância para que haja o desenvolvimento de práticas que favoreçam a melhor oferta de cuidado por parte do cuidador ao idoso, pois a deficiência de orientação para o cuidado (quando desempenhando pelo cuidador *informal*) pode colocar em risco a saúde do idoso.

Aliada às ações de educação e saúde, para que essa atenção seja adequada, é imperativo que políticas sociais e de saúde adaptem-se às reais necessidades desse estrato populacional que são os idosos. Por isso, é notória a necessidade de integração, parceria e

apoio dos serviços públicos. Essas políticas requerem caráter emergencial e uma atenção específica, pois essa população cresce de forma progressiva e permanente, precisando proporcionar melhores condições de saúde e QV para essas pessoas.

Em meio às discussões geradas ao longo da trajetória de execução desse estudo, espera-se que este possa contribuir para o campo da saúde, no que se diz respeito ao conhecimento da subjetividade que é o processo de envelhecimento humano; bem como da influência da presença ou não da figura do cuidador nas facetas e na qualidade de vida global dos idosos. Para além da colaboração acadêmica, espera-se que esses achados possibilitem, por parte dos gestores, a formulação e implementação de ações e estratégias de atenção a saúde a fim de melhorar a dicotomia idoso-cuidador, bem como a percepção da qualidade de vida daqueles que não possuem cuidadores, baseando-se nas facetas da QV afetadas. Ressalta-se que os profissionais que atuam nas USFs devem conhecer de forma integral o perfil de sua comunidade, principalmente dos idosos, para que articule-se com a gestão e empenhem-se para a promoção de uma melhor QV dos idosos, tendo eles cuidadores ou não.

Vale salientar que embora muitos estudos tenham sido utilizados para a construção desse trabalho, há ainda uma enorme deficiência de estudos mais recentes e que contemplem a relação direta da presença ou não do cuidador na QV dos idosos, o que suscita, portanto, a necessidade de proposição e desenvolvimento de novas investigações.

*Referências*

---

AGUIAR, C. C. T. et al. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v. 52, n. 6, p. 931-939, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n6/04.pdf>>. Acesso em: 26 de novembro de 2016.

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G.L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. **Escola de Artes, Ciências e Humanidades**, São Paulo, a. 2012 Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf) Acesso em: 10 de fevereiro de 2017

ANDRADE, L.M.; COSTA, M.F.M.; COSTANO, J.A. *et al.* A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **Revista Escola Enfermagem**, São Paulo, v.43, n.1, p.37-43, mar 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

ANSAI, J.H.; SERA, C.T.N. Percepção da autonomia de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo v. 16, n. 5, p. 189-200, a. 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18643/13831>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

ARAÚJO, L. F. et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.30, n. 1, a. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12.pdf>>. Acesso em 22 de fevereiro de 2017

BENGTSON, V.L. et al. Theories about age and aging. **Handbook of theories of aging**, v. 2, p. 3-23, a. 2009. Disponível em: < [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IQv7-xPm\\_jsC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Theories+about+age+and+aging+bengtson&ots=dJYFGw7F2w&sig=xiZ\\_mQATXpPgJyQ4rCDccw4bpp4](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=IQv7-xPm_jsC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Theories+about+age+and+aging+bengtson&ots=dJYFGw7F2w&sig=xiZ_mQATXpPgJyQ4rCDccw4bpp4)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

BORGES, J.W.P.; et.al. Hypertensive patients with complications registered at HIPERDIA in fortaleza, ceara: implications for nursing care. **Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental**, v. 5, n. 4, p. 556-65, a. 2013. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2014/pdf\\_925](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2014/pdf_925). Acesso em 14 fevereiro de 2017.

BRAGA, S.F.; et.al. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento **Revista Diálogos Interdisciplinares**, v. 5, n. 3, a. 2016. Disponível em: [www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg\\_2008/2008\\_ENAPG500.pdf](http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2008/2008_ENAPG500.pdf) . Acesso em 15 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3. ed. Brasília: **Ministério do Trabalho e Emprego**, 2010. Disponível em: < [www.mteco.gov.br/cbsite/pages/download?tipoDownload=3](http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/download?tipoDownload=3)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria Interministerial MS/MPAS nº 5.153, de 7 de abril de 1999. **Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos**. 1999. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/legislacao/portaria5153.pdf> . Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Brasília**: Ministério da Saúde; 2008

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. “Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para pessoas idosas.” **Brasília**, 2012.

BRASIL. Orçamento e Gestão, sinopse do censo demográfico 2010. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf> .Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: **Senado Federal**: Centro Gráfico, 1988.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência e demandas da família. **Caderno Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-81, a. 2003;19(3):773-81. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf) >. Acesso em 13 de fevereiro de 2017.

CAMARANO, A.A. Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: **IPEA**, a. 2004.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? **IPEA**, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < [www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro\\_cuidados.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf) > . Acesso em 10 de fevereiro de 2017.

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 380-393, a. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000200013&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em: 21 de fevereiro de 2017.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005. 154 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/5779>. Acesso em 22 de fevereiro de 2017

CONCENTINO, J.M;B.; VIANA, T.C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 591-600, a. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000300018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000300018&script=sci_abstract&tlng=pt) > . Acesso em 15 de fevereiro de 2017.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 331-337, 2011. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/pdf/v13n2a20.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/pdf/v13n2a20.pdf)>. Acesso em: 24 de dezembro de 2016.

DALLA VECCHIA, R.; et.al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p.246-52, a. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006). Acesso em 20 fevereiro de 2017.

DALSENTER, C.A.; MATOS, F.M. Percepção da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Revista Dynamis**, v. 15, n.2, p. 32-7, a. 2009. Disponível em: < <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/dynamis/article/view/1385>> . Acesso em 18 de fevereiro de 2017.

DE FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; DE SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em 22 de fevereiro de 2017

DEBERT, G.G.; OLIVEIRA, A.M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Políticas**, n.18, p. 7-41, a.2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n18/2178-4884-rbcpol-18-00007.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

DIENER, E.; et.al. Subjective Well-being: Three Decades Of Progress. **Revista Psychological Bulletin, Illinois**, v. 125, n. 2, p. 276-302, a. 1999. Disponível em: [https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith\\_1999.pdf](https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf) . Acesso em 22 de fevereiro de 2017.

FERREIRA, O.G.L.; et.al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, a. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

FIGUEIREDO, W.S. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, **Universidade de São Paulo**; 2008.

FLECK, M. P. A.; et.al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n. 1, p. 19 – 28, a. 1999. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006)> . Acesso em 21 de fevereiro de 2017.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOLOLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n.6, p. 793-799, a. 2003. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600016)>. Acesso em 10 de fevereiro de 2017.

FOUGÈRE, M., et al. Population ageing, time allocation and human capital: A general equilibrium analysis for Canada. **Journal Economic Modelling**, v. 26, n. 1, p. 30-39, 2009. Disponível em: < <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/4731.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2016

FRIESTINO, J.K.O., et al. Mortalidade por Câncer de Próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas futuras. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 688-701, 2014.

Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4469.pdf>>. Acesso em 09 de abril de 2016

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos Saúde Pública**, v.23, n.3, p.565-74, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

HEINONEN, H. et al. Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? **Quality of Life Research**, v. 13, n. 8, p. 1347-1356, 2004. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AQURE.0000040788.12947.b9#page-1>>. Acesso em: 06 de dezembro de 2016.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N.A.; SUGITA, K. (2011). Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. **Revista Sociologia e Antropologia**, n. 1. Disponível em: [http://www.revistappgsa.ifcs.ufrj.br/pdfs/ano1v1\\_artigo\\_nadya-guimaraes-helena-hirata-kurumi-sugita.pdf](http://www.revistappgsa.ifcs.ufrj.br/pdfs/ano1v1_artigo_nadya-guimaraes-helena-hirata-kurumi-sugita.pdf). Acesso em 23 de fevereiro de 2017

IBGE. Mudanças Demográficas no Brasil. Subsídios para as Projeções da População. **Rio de Janeiro**. 2015.

IRIGARAY, T.Q.; TRENTINI, C.,M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 297-304, jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a033>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

JAKOBSSON, U.; et.al. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research**, Netherlands, v. 13, n. 1, p. 125-136, fev. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15058794>. Acesso em 13 de fevereiro de 2017

JAKOBSSON, U.; HALLBERG I.R.; WESTERGREN, A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. **Quality of Life Research**, v. 1, n. 13, p. 125-136, a. 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1505879>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2017.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-11, a. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400002&lng=en). Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

KEELER, E.; et. al. The impact of functional status on life expectancy in older persons. **Journal of Gerontology**, v. 65, a. 7, p. 727-33, a. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20363833>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

KIST, R.B.B; BULLA, L.C. A participação em espaços coletivos e a autonomia dos idosos. **Revista Temporalis**, v. 14, n. 28, p. 151-171, a. 2014. Disponível em: <[periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/262/139](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/262/139)>. Acesso em 18 de fevereiro de 2017.

LAGE, J.S.S; et.al. Capacidade funcional e perfil do idoso internado no serviço de emergência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, a. 4, p. 855-60, a. 2014. Disponível



em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140063>. Acesso em 24 de fevereiro de 2017.

LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde Pesquisa**, v. 2, n. 2, p. 273-80, a. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/download/1173/792>>. Acesso em 16 de fevereiro de 2017.

LOBO, A.J.S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, a. 6, p. 913-9, a. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0913.pdf>. Acesso em 09 de fevereiro de 2017.

MANSO, M.E.G.; BIFFI, E.C.A. Geriatria: Manual da LEPE – Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo, ed. **Martinari**, cap. 2, p. 19-29, a. 2015

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTIN, J.J.; et.al. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 265-71, a. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300005)>. Acesso em 12 de fevereiro de 2017.

MARTINS, P.C.R.; RECH, J.C. Qualidade de vida dos aposentados e o imaginário coletivo: um estudo psicanalítico, **Revista de Ciências Sociais do Norte de Mato Grosso**, v. 5, n. 1, a. 2016. Disponível em: <http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/view/234/pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2017.

MELO, G. A experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 3, p. 319-20, a. 2009. Disponível em: [www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/art\\_1.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/art_1.pdf). Acesso em 15 de fevereiro de 2017.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, a. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2012.

MORAES, E. N. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges, A.P.A. & Coimbra, A.M.C. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, 151-175. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_215591311.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf). Acesso em: 25 fevereiro de 2017

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte - MG, v. 20, n. 1, p.67-73, 2010. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/197.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf). Acesso em: 22 de fevereiro de 2017

MUNIZ, E.A.; FREITAS, C.A.S.L.; OLIVEIRA, E.N.; LACERDA, M.R. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, jul./set. 2016. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf). Acesso em 14 de fevereiro de 2017.

NARDI, E.F.R.; SAWADA, N.O.; SANTOS, J.L.F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, a. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000501096&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000501096&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em 10 de fevereiro de 2017.

NERI, A.L. O fruto das sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. Campinas (SP): **Papirus**. 2001.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciências Exatas** v.6, n.1, p.40, a. 2010. Disponível em: <[http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/viewFile/324/341](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/324/341)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

OBA, L.; MEL, L.; AMO, M. et al. **Conduta de Enfermeiros no Cuidar do Idoso Hospitalizado**. Recife, 2014.

OLIVEIRA, D.A.S.; et.al. Participação de idosas em grupos sociais: qualidade de vida e capacidade funcional. **Revista Rene**, v. 17, n. 2, p. 278-84, mar./abr. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3017>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

ONU. **Living arrangements of older persons around the world**. New York: United Nations; 2005. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/livingarrangement/covernote.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2017.

ONU. World Population Ageing 2013. **Department of Economic and Social Affairs Population Division**. Disponível em <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> Acesso em 1 de março de 2016

ONU. World Population Ageing. **World Population Ageing 2015**. New York: ONU, 2015. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PEDRAZZI, E.C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos** [dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.

PEDROSO, B; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a qualidade de vida e suas variantes. **Revista Eletrônica Fafit/facic**, Itararé- SP, v. 01, n. 01, p.1-9, jun. 2010. Disponível em: <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/view/2>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

PENTEADO, R.Z.; BICUDO, I.M.T. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.2, 236-246, abril 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000200010&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 16 de fevereiro de 2017.

PEREIRA, R.J.; et.al. Contribution of the physical, social, psychological and environmental domains to overall quality of life of the elderly. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 1, p. 27-38, a. 2006; Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082006000100005&script=sci_abstract)>. Acesso em 19 de fevereiro de 2017.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: na updated meta-analysis. **The Journals of Gerontology, series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 61, n. 1, p. 22-45, a. 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16399940>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2017.

POWER, M; SCHMIDT, S. **Manual WHOQOL-OLD**. Genebra: World Health Organization; a. 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>. Acesso em 15 fevereiro de 2017.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, a. 3, p. 793-8, a. 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/tabelabrasil1.12.shtm>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

RIBEIRO, A.P.; et.al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-73, jul./ago. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400023). Acesso em 21 de fevereiro de 2017.

RIBEIRO, J. P.; ROCHA, A. S.; POPIM, R. C. Compreendendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 756-771, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a16.pdf>>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2017.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/23.pdf>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2017.

SANTOS, S.R.; et.al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 757-764, nov./dez. 2002. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000600002)>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2017.

SCHIMIDT, T.C.G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista Escola de**

**Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.3, p. 612-617, Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v46n3/12.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017

SCHMIDT, B.; GABARRA, L. M.; GONÇALVES, J. R. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência, **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 50, p. 423-430, a. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2011000300015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300015)>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2017.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p 580-588, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2017.

SERBIM, A.K.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Revista Scientia Medica**, Porto Alegre, 2011, v. 21, a. 4, p. 166 – 172. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/7236>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2017.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos**. 2005. 112 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, A, et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2181-2190, a. 2012. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/28.pdf)>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2017.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A.; SOUZA, A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 20-24, a. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Reflex%C3%B5es%20sobre%20a%20Necessidade%20do%20Cuidado%20Humanizado%20ao%20Idoso%20e%20fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2017.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 201-09, a. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722008000200010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722008000200010&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 22 de fevereiro de 2017.

SOWERS, K.; ROWE, W. Global aging. **Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy**, p. 3-16, a.2007

SPRANGERS, A.G.; et.al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal Clinic of Epidemiology**, v. 53, a. 9, p. 895-907, a. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11004416>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.

TAJVAR, M.; ARAB, M.; MONTAZERI, A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. **BMC Public Health**, v. 8, p. 232, a. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567978/>>. Acesso em: 14 fevereiro de 2017.

TAVARES, D.M.S; CÔRTEZ R.M.; DIAS, F.A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 97-103, jan/ma2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from The World Health Organization. **Revista Social Sciences Medical**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369500112K>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2016.

TORRES, G.V.; et.al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 39-44, a. 2009. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a06v58n1.pdf>. Acesso em 11 de fevereiro de 2017.

VAGETTI, G. C. et al. Predição da qualidade de vida global em idosas ativas por meio dos domínios do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-OLD. **Revista: Motricidade**, a. 2012. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568084.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

VECCHIA, R.D; et.al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-52, a. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X20050003000066](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X20050003000066)>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

VIEIRA, L.; et.al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, a. 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200008)>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2017.

VITORINO, L.M.; et.al. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, a.2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_22.pdf). Acesso em 18 de fevereiro de 2017.

WICHMANN, F.M.A.; et.al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 821-32, a. 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf) . Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

WILSON, B. A. *Rehabilitation Of Memory*. New York: **Guilford**, 2006

ZIMERMAN, G. I. Velhice: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: **Artmed**, 2000.

*Apêndices*

---

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA**

#### Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

**Consentimento Livre e Esclarecido** – Eu, \_\_\_\_\_, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

\_\_\_\_\_ - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Matheus Figueiredo Nogueira  
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO  
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:

Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.

Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:

CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.

Telefone: (83) 2101-5545.

## APÊNDICE B

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Declaro que os resultados da pesquisa intitulada “Qualidade de vida de idosos com ferida crônica” serão anexados à Plataforma Brasil, garantindo assim o sigilo relativo às propriedades intelectuais.

Para tanto, asseguramos respeitar as diretrizes regulamentadoras pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, que garantem os direitos e deveres da comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Cuité – PB, 10 de dezembro de 2014.

---

**Prof. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Universidade Federal de Campina Grande  
(Pesquisador responsável)



**APÊNDICE C**  
**TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Francisco Tonel, 74 - Centro- Remígio – PB. CEP 58398-000  
Tele fax: (83) 3364 – 1566 C.N.P.J. Nº. 11.376.311/0001-76  
[sms.remigio@bol.com.br](mailto:sms.remigio@bol.com.br)



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTUTUCIONAL**

Eu, Alane Lima de Freitas Souto, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Remígio, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “ *Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as unidades de saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité e Doutorando em saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

  
Alane L. de Freitas Souto,  
Coord. De Atenção Básica

**Alane Lima de Freitas Souto**

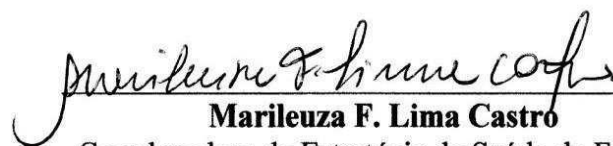
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família

Remígio - PB

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Marileuza F. Lima Castro, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Nova Floresta, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

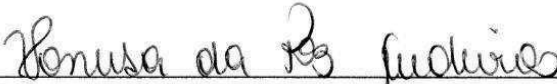
Cuité, 12 de junho de 2014.

  
\_\_\_\_\_  
**Marileuza F. Lima Castro**  
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família  
Nova Floresta – PB

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Vanusa da Paz Medeiros, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Sossego, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

---

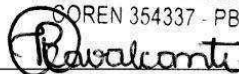
**Vanusa da Paz Medeiros**  
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família  
Sossego – PB

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Joseane da Rocha Dantas Cavalcante, Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú ocidental paraibano*”, nos meses de julho a setembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 12 de junho de 2014.

Joseane da Rocha Dantas Cavalcanti  
Coordenadora da ESF  
COREN 354337 - PB



---

**Joseane da Rocha Dantas Cavalcante**  
Coordenadora da Estratégia da Saúde da Família  
Cuité – PB

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Cícero Erivaldo Costa Gomes, Secretário de Saúde do Município de Barra de Santa Rosa, Estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no Curimataú Ocidental Paraibano”**, nos meses de agosto a dezembro de 2014, que terá como cenário as Unidades de Saúde da Família deste município. O responsável direto pela pesquisa é Matheus Figueiredo Nogueira (Pesquisador responsável, Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte).

Cuité, 22 de julho de 2014.



Cícero Erivaldo Costa Gomes  
Secretaria de Saúde

---

**Cícero Erivaldo Costa Gomes**  
Secretário Municipal de Saúde  
Barra de Santa Rosa – PB

*Anexos*

---

## ANEXO A

## QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

<b>Seção A: Informações Pessoais</b>		<b>CODIFICAÇÃO</b>
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/_____.	AIDADE: _____ ADATA: _____
A2	Sexo (1) Masculino                   (2) Feminino	ASEXO: _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca   (2) Parda                   (3) Amarela                   (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	ACOR: _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a)   (2) Casado (a)   (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a)   (6) União consensual   (99) NS/NR	AESTCIV: _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	ANCASA: _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho                   (2) Somente com o cônjuge   (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora   (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos)   (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	AMORA: _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a)(4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	ACHEFE: _____
A8	Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? Nº de filhos: _____(99) NS/NR	AFILHOP: _____
A9	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim   (2) Não	ACUID: _____
A10	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge   (2) Cônjuge e filho (s)   (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s)   (5) Outro idoso(6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	AQCUID: _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica   (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita                   (4) Judaica                   (5) Outra (especifique)	ARELIG: _____

	_____	
	(99) NS/NR	
A12	Quando o (a) Sr (a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o (a) Sr (a) utiliza como primeira opção? (1) Sistema Único de Saúde(2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia(5) Benzedeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS: _____
<b>Seção B: Perfil Social</b>		<b>CODIFICAÇÃO</b>
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar "0")	BLERES: _____ BESCOL: _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	BRENDI: _____ BRENF: _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	BAPOS: _____ BPENS: _____ BALUGUEL: _____ BTRAPO: _____ BDOA: _____ BOUTR: _____
B4	No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) Sr (a) avalia suas necessidades básicas (como: alimentação, moradia, saúde, etc). (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS/NR	BNECBAS: _____
B5	Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BCONCOMP: _____
B6	Como o (a) Sr (a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente(2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS/NR	BAVEMEM: _____
B7	Comparando com um ano atrás, o (a) Sr (a) diria que agora sua memória está... (1) Melhor(2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	BMEMPOS: _____
B8	O Sr (a) desenvolvia alguma atividade? (na fase adulta)	BNENHU: _____



	(1) sim (2) não (99) NS/NR B8a) Nenhuma: _____ B8b) Atividades domésticas: _____ B8c) Esporte/dança: _____ B8d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B8e) Trabalho remunerado _____ B8f) Outros: Quais? _____	<i>BATVDOM:</i> _____ <i>BESPD:</i> _____ <i>BTRABVOL:</i> _____ <i>BTRABREM:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (atualmente) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Nenhuma: _____ B9b) Atividades domésticas: _____ B9c) Esporte/dança: _____ B9d) Trabalho voluntário/comunitário: _____ B9e) Trabalho remunerado: _____ B9f) Outros: Quais? _____	<i>NENHUM:</i> _____ <i>BATVDOME:</i> _____ <i>BESPDAN:</i> _____ <i>BTRABVOLU:</i> _____ <i>BTRABREMU:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
<b>Seção C: Estilo de vida</b>		<b><i>CODIFICAÇÃO</i></b>																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ unidades/dia	<i>CFUM:</i> _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR Quantidade: _____ dias/semana	<i>CALCOOL:</i> _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR Modalidade: _____ Frequência: _____ vezes/semana	<i>CATIV:</i> _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														

**ANEXO B**  
**Questionário WHOQOL-Old**

**INSTRUÇÕES**

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

Por favor, responda todas as perguntas.

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

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

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

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

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

**Muito obrigado (a) pela sua colaboração!**

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

<b>old_01</b>	<b>Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_02</b>	<b>Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_03</b>	<b>Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_04</b>	<b>Até que ponto você sente que controla o seu futuro?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>old_05</b>	<b>O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_06</b>	<b>Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_07</b>	<b>O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_08</b>	<b>O quanto você tem medo de morrer?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_09</b>	<b>O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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

<b>old_10</b>	<b>Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?</b>				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_11</b>	<b>Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?</b>				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_12</b>	<b>Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?</b>				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_13</b>	<b>O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?</b>				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_14</b>	<b>Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?</b>				
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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.

<b>old_15</b>	<b>Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>old_16</b>	<b>Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_17</b>	<b>Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_18</b>	<b>Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_19</b>	<b>Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_20</b>	<b>Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?</b>				
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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.

<b>old_21</b>	<b>Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_22</b>	<b>Até que ponto você sente amor em sua vida?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_23</b>	<b>Até que ponto você tem oportunidades para amar?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>old_24</b>	<b>Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?</b>				
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

## ANEXO C

## PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS E A DIVERSIDADE DE VIVENCIAR O ENVELHECIMENTO

**Pesquisador:** MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34715614.5.0000.5182

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 844.702

**Data da Relatoria:** 28/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

ANÁLISE DA SEGUNDA VERSÃO APÓS SOLICITAÇÃO DE ADEQUAÇÕES PELO RELATOR:

Trata-se de um estudo exploratório-observacional, de natureza quanti-qualitativa, subsidiado pelo aporte estrutural da Teoria das Representações Sociais, que será realizado na microrregião do Curimataú Ocidental situado na mesorregião do Agreste no estado brasileiro da Paraíba (PB), especificamente nos seguintes municípios: Cuité, Nova Floresta, Barra de Santa Rosa, Sossego e Remígio, a partir da aplicação dos seguintes instrumentos: Questionário de Coleta de Dados; Entrevista; Questionários de Whoqol-Old e Whoqol-Bref. Em seguida, os dados serão organizados nos bancos de dados preparados especificamente para cada etapa do instrumento e analisado por meio dos softwares EVOC e IBM-SPSS Statistics 20.0.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano. E como objetivo secundário: caracterizar o perfil social e de saúde física e mental de idosos da microrregião do Curimataú Ocidental Paraibano; conhecer as

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Representações; Sociais construídas por idosos acerca da qualidade de vida e do envelhecimento; e explorar a relação entre qualidade de vida, diversidade de vivenciar o envelhecimento e representações sociais de idosos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Vale lembrar que esta pesquisa apresenta riscos considerados “mínimos”, pois os (as) participantes podem ficar inibidos (as) no momento da aplicação dos questionários ou sentirem-se desconfortáveis devido ao tempo investido. Os riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido (a) com a presença do pesquisador, o (a) participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito de dita matéria, conforme aponta a Resolução 466/12 do CNS

E como benefícios: o estudo poderá fornecer subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

Comentário: Rever no item dos riscos no ponto referente a "tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente" e incluir a forma como será minimizado essa condição. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Além dos comentários já descritos, foram observados também as seguintes inadequações e com suas respectivas sugestões:

O cronograma encontra-se desatualizado e diferente o período de realização do projeto com o apresentado na Plataforma Brasil; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

O projeto se caracteriza como multicêntrico, portanto, sugiro o preenchimento correto na plataforma; DESCONSIDERO SOLICITAÇÃO

Não apresentou a hipótese no projeto; SOLICITAÇÃO ATENDIDA

Não foi apresentado detalhadamente a previsão orçamentária, sendo assim, sugiro que detalhe todos os gastos que terão com a pesquisa. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

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

Os termos obrigatórios foram apresentados na Plataforma Brasil, mas só estava presente no projeto de pesquisa o TCLE e o mesmo não estava devidamente assinada.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n  
**Bairro:** São José **CEP:** 58.107-670  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 844.702

Comentário: Incluir os termos no projeto de pesquisa e apresentar o TCLE assinado. SOLICITAÇÃO ATENDIDA

**Recomendações:**

Realizar ou justificar as sugestões feitas nos itens anteriores, a saber:

Rever o item riscos;

Atualizar cronograma na plataforma e no projeto de pesquisa;

Incluir os termos obrigatórios no projeto de pesquisa;

Assinar e Incluir o TCLE;

Rever o orçamento na plataforma.

Comentários: Todas as solicitações acima foram atendidas.

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

Considerando que as solicitações foram atendidas, somos de parecer favorável a execução dessa pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A partir do parecer da relatoria o protocolo foi considerado aprovado ad referendum. Coordenação do CEP/HUAC

CAMPINA GRANDE, 24 de Outubro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Maria Teresa Nascimento Silva**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br