



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

## **Qualidade de vida de idosos da microárea Itapéua no município da Raposa, Maranhão – Brasil**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
**Gerontologia Social Aplicada.**

**Allana Meza Veiga Cabral de Sousa Serra Pinto**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

FEVEREIRO 2019



**CATÓLICA**

**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

## **Qualidade de vida de idosos da microárea Itapéua no município da Raposa, Maranhão – Brasil**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em  
**Gerontologia Social Aplicada.**

**Allana Meza Veiga Cabral de Sousa Serra Pinto**

Sob a Orientação do  
Prof. Doutor António Manuel Fonseca

*Os velhos invejam a saúde e vigor dos moços, estes não invejam o juízo e a prudência dos velhos: uns conhecem o que perderam, os outros desconhecem o que lhes falta.*

*Marquês de Maricá*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado saúde diante das dificuldades e otimismo para supera-los. Toda honra e glória a Ele.

A minha mãe Zenóbia, por acreditar no meu potencial e me incentivar a buscar conhecimentos.

A minha tia Norma, que veio de tão longe para me ajudar com seu amor.

As minhas filhas Sofia e Eva que me fortalecem diariamente, que me ensinam a ser o melhor por elas, que dão sentido a tudo.

Ao meu esposo Leandro, por acreditar nos meus sonhos e pelo apoio constante.

Ao meu orientador Professor Doutor Antóno M. Fonseca, pelos ensinamentos.

A todos, minha gratidão!

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento envolve progressivo comprometimento da autonomia da pessoa idosa, estando essa susceptível a piora na qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida dos idosos da microárea (bairro) Itapéua, no município da Raposa – MA / Brasil. **Metodologia:** Trata-se uma pesquisa transversal, exploratória, com variáveis quantitativas, realizada na cidade de Raposa, Maranhão, com uma amostra não probabilística por conveniência de idosos a partir de 60 anos. As variáveis socioeconômicas e demográficas foram sexo, idade, escolaridade, ocupação/renda. Foi utilizado o questionário Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV). **Resultados:** Prevaleram os idosos com 71 anos ou mais, do gênero feminino, com ensino fundamental, residentes em imóvel próprio, casados, aposentados, usufruindo de uma renda mensal de R\$ 500,00 a 1000,00, convivendo regularmente e possuindo um elevado número de filhos e netos. A Qualidade de Vida Global se relacionou significativamente à idade, escolaridade, ocupação, dificuldade de locomoção e à presença de doenças crônicas. A dimensão Relações Sociais apresentou relação com idade, escolaridade, estado civil, convívio, dificuldade de locomoção, presença de doença crônica e acesso às tecnologias, a dimensão Bem-Estar Psicológico apresentou relação com escolaridade, ocupação e número de netos, a dimensão Sentidos apresentou relação com acesso às tecnologias. Não houve relação significativa das variáveis analisadas com as dimensões Doenças e Vida Independente. **Conclusão:** Observaram-se valores intermediários nas cinco dimensões (Doença, Vida Independente, Relações Sociais, Sentidos e Bem-Estar Psicológico) e na Qualidade de Vida Global, o que requer acompanhamento da população idosa a fim de evitar comprometimento nesse aspecto. Para tanto, é essencial acompanhamento familiar, fortalecimento da rede social e acompanhamento de doenças crônicas, o que exige o avanço nas políticas públicas para essa população.

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

## ABSTRACT

**Introduction:** Aging involves progressive impairment of the autonomy of the elderly, this being susceptible to deterioration in quality of life. **Objective:** To evaluate the quality of life of the elderly of Itapéua in the city of Raposa – MA / Brazil. **Methodology:** This is a cross-sectional, exploratory study with quantitative variables, carried out in the city of Raposa, Maranhao, with a non-probabilistic, convenience sample of the elderly aged 60 years and over. The socioeconomic and demographic variables were sex, age, education, occupation / income. Was used the questionnaire Instrument of Quality of Life Assessment (IAQDV). **Results:** Prevalence elderly women, aged 71 or over, with elementary education, residing in their own property, married, retired, benefited from a monthly income of R\$ 500.00 to 1000.00, living regularly and having a high number of children and grandchildren. Global Quality of Life was significantly related to age, schooling, occupation, difficulty in locomotion and the presence of chronic diseases, the Social Relations dimension presented relationship with age, schooling, marital status, conviviality, difficulty of locomotion, presence of chronic disease and access to technologies, the dimension Psychological Well-Being presented significantly relation with schooling, occupation and number of grandchildren, the dimension senses presented significantly relation with access to technologies. There was no relation of variables evaluated and the dimension Illness and Independent Life. **Conclusion:** Intermediate values were observed in the five dimensions (disease, independent life, social relations, senses and Psychological Well-Being) and Global Quality Of Life, which requires follow-up of the elderly population in order to avoid compromise in quality of life. For that, it is essential family monitoring, strengthening of the social network and monitoring of chronic diseases, this monitoring may contribute to the advancement of public policies for this population.

**Keywords:** Aging. Quality of life. Health of the elderly.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1 CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	12
1.1 O envelhecimento.....	12
1.2 Qualidade de vida no envelhecimento .....	18
1.3 Fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas idosas .....	20
1.4 Ação das políticas públicas no envelhecimento .....	21
<b>2 CAPÍTULO II – IMPORTÂNCIA, QUESTÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO</b> ...	28
2.1 Motivação para realização do estudo .....	28
2.2 Questão da investigação .....	28
2.3 Objetivos do estudo .....	29
<b>3 CAPÍTULO III – METODOLOGIA</b> .....	30
3.1 Tipo de estudo .....	30
3.2 Local do estudo .....	30
3.3 Caracterização amostral .....	33
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	33
3.5 Método de recolha e análise dos dados .....	34
3.6 Considerações éticas.....	34
<b>4 CAPÍTULO IV – RESULTADOS</b> .....	36
4.1 Caracterização da amostra .....	36
4.2 Qualidade de Vida Global .....	38
4.3 Qualidade de Vida por dimensões .....	40
<b>5 CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	47
<b>6 CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
REFERENCIAS.....	53
APÊNDICES.....	62
ANEXOS .....	66

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sóciodemográfica de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil .....	36
Tabela 2. Caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil .....	37
Tabela 3. Qualidade de Vida Global de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil .....	38
Tabela 4. Relação entre Qualidade de Vida Global e variáveis sóciodemográficas de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.....	39
Tabela 5. Relação entre Qualidade de Vida Global e caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.....	40
Tabela 6. Relação entre as dimensões de Qualidade de Vida e as variáveis sóciodemográficas de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.....	43
Tabela 7. Relação entre as dimensões da Qualidade de Vida e caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil .....	46



## **SIGLAS / ABREVIATURAS**

CELADE – Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia  
DAC – Doença Arterial Coronariana  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS (Sistema Único de Saúde do Brasil)  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IAQDV – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
ILC – Centro Internacional de Longevidade  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade  
PNI – Política Nacional do Idoso  
PNSPI – Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso  
PSF – Programa Saúde da Família  
QdV – Qualidade de Vida  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
WHO – World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Todo indivíduo aprende, logo nos primeiros anos de sua vida, que o ciclo de vida do homem está dividido em nascimento, crescimento, maturidade fisiológica para a reprodução, envelhecimento e morte. O envelhecimento, não havendo nenhum intercurso nas etapas anteriores a esta, pode ter duração longa e, durante esse período da vida, inúmeras limitações podem interferir na fisiologia do organismo, tanto em sua funcionalidade, quanto em sua vitalidade (Pinto e Oliveira, 2015).

Segundo informações da Organização Mundial de Saúde, citadas por Lima (2011), as pessoas idosas são aquelas que têm idade superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos, nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil faz a recomendação de que “é preciso envelhecer com saúde”, destacando a necessidade de um envelhecimento saudável, atrelando isso a um conceito que se sobrepõe a ausência de doença, mas relacionando-se também, com hábitos de vida saudável que incidem, ou não, em qualidade de vida (BRASIL, 2016).

Nessa linha, Assumpção, Kuczynski, Sprovieri e Aranha (2010), definem que a qualidade de vida pode ser entendida como um fenômeno inter-relacionado com as diversas dimensões do ser humano, ou seja, o conceito perpassa pelo sentimento de satisfação das necessidades e desejos do indivíduo, englobando inúmeros aspectos, dentre os quais, destacam-se a capacidade funcional, o estado emocional, o nível socioeconômico, a interação social, a atividade intelectual, o estilo de vida, o suporte familiar e a condição entendida como “indivíduo saudável”.

Tendo o exposto em mente, na faixa etária caracterizadora da condição de envelhecimento, delimitada pelo *corpus* de estudo deste trabalho, a ausência de qualidade de vida pode ser entendida como a perda das condições físicas e mentais padrões, que incidem na impossibilidade do indivíduo afligido de realizar suas atividades cotidianas tradicionais, o que resulta em sofrimento frente à nova condição (WHO, 2005). No Brasil, essa é uma realidade potencial e que, por isso, deve ser observada, uma vez que o país está em quinto lugar no mundo em número de pessoas idosas, apresentando mais de 28 milhões de habitantes com mais de 60 anos (IBGE, 2017). Ainda, o Brasil tem apresentado um crescimento vertiginoso do grupo caracterizado como “idosos longevos”, que considera pessoas que vivem 80

anos ou mais, o que comprova e confirma o aspecto citado acima e também traz um indicador social importante: a redução das taxas de mortalidade no país.

É estimado, dessa forma, que a população de pessoas com mais de 60 anos no Brasil, atinja o seu ápice no ano de 2050. Historicamente, a expectativa de vida do brasileiro, no início do século XX, era de 40 anos; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), no início do século XXI esse valor já ultrapassava a faixa dos 70 anos e, até 2050, é provável que este seja superior a 81 anos. Já em 2002, Camarano afirma, a partir de dados divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que o crescimento do contingente idoso decorre da alta fecundidade que prevaleceu no passado e a redução e mortalidade. O autor segue afirmando ainda que essa transição demográfica está ocorrendo no mundo de maneira única e irreversível que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares (Camarano, 2002).

Nos dias contemporâneos a expectativa de vida média do brasileiro é de 75,5 anos, enquanto que a do maranhense é de 70,3 anos, valor 5,2 anos menor que a média nacional e o pior dentre os estados do Brasil (IBGE, 2015), dado que requer atenção especial de políticas públicas de conscientização, acesso à saúde e distribuição de renda.

Fica claro, diante do exposto, que tais características fomentam discussões fundamentais acerca do envelhecimento. Nesse sentido, existe a publicação do Centro Internacional de Longevidade (ILC), sob o título “Envelhecimento Ativo”, que se dedica à abordagem de temas como a longevidade e as desigualdades entre as regiões que têm a necessidade de serem tratadas de forma mais direcionada e abrangente no que diz respeito ao envelhecimento de seus habitantes (Brasil, 2015).

É importante que se destaque ainda, todas as questões biológicas e sociais atreladas ao envelhecimento. Levando-se isso em consideração, é imprescindível que se entenda que as alterações biopsicossociais são intrínsecas a cada indivíduo. Dessa maneira, estas podem ser definidas por características genéticas ou ser influenciadas por hábitos e estilos de vida, estando tudo isso, ainda, sob influência marcante do ambiente ao qual se inserem (Rodrigues, Rocha, Vasconcelos e Diniz, 2015). Assim, o envelhecimento, bem como as demais fases da vida, pode ser determinado geneticamente ou ser influenciado

por hábitos e estilos de vida, pelo meio onde esteja inserido e até pelo meio ambiente (WHO, 2005).

O envelhecimento é uma característica inerente à vida. Diante dessa perspectiva, Salomon *et al.* (2012) asseveram que na perspectiva de vida longa, pelo menos dez meses serão vividos com boa saúde. Os autores explicam que o acréscimo da expectativa de vida saudável é menor que o número de possibilidades de anos a mais, mostrando assim, que as pessoas podem viver com períodos mais longos de incapacidade do que há 20 anos.

Nos termos discutidos até aqui, observa-se que a expectativa de vida se projeta em um futuro onde diversos aspectos podem ser apreciados. Regiões e culturas abrangem fatores preponderantes no envelhecimento. É muito variante essa perspectiva, uma vez que limites se apresentam e no mesmo ritmo. Para alguns, deficiências surgem, para outros a vitalidade supera a senilidade (Shephard, 2003).

Assim, em face ao exposto, este trabalho buscou responder à seguinte questão: como se apresenta a qualidade de vida da população idosa de Itapéua no município de Raposa – MA no Brasil?

Para isso, o objetivo geral deste estudo está centrado em avaliar a qualidade de vida dos idosos da microárea (bairro) de Itapéua no município da Raposa – MA / Brasil. Dentre os objetivos específicos, descrever o perfil da população amostral apresentando fatores socioeconômicos e demográficos e identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas idosas na população em estudo.

## 1 CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1 O Envelhecimento

O ciclo vital dos seres é conduzido sob diversos fatores como o genético, o cultural, bem como a própria sociedade em que vivem, e todos estes influenciam o seu desenvolvimento. Cada etapa, nesse aspecto, traz suas características e as exigências naturais que merecem cuidados e atenção (ARRUDA, 2008). Nesse sentido, Padoin *et al.* (2010), citando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), definem que o envelhecimento se constitui em um processo irreversível, não patológico, de deterioração do organismo maduro, de maneira que o tempo torna o indivíduo menos capaz de fazer frente às condições físicas necessárias para sua movimentação funcional.

Outras definições, como a de Mazini Filho *et al.* (2010), destacam que o envelhecimento é um processo de transformação e adaptação constantes, sendo um processo natural e evolutivo, que vai desde o nascimento até o final do ciclo vital. Fachine e Trompieri (2015) acrescentam que, na velhice, ocorre um pouco mais de perda da função, entretanto não existe nenhum grande dano à saúde e na constância do equilíbrio. Ainda, para Pinto e Oliveira (2015), as alterações biológicas que ocorrem ao longo do tempo, causam diminuição na eficácia de todos os sistemas do organismo.

Cipriani, Meurer, Benedetti e Lopes (2010) mencionam a OMS quando definem que em países em desenvolvimento, como o Brasil, o marco cronológico do início da velhice ou terceira idade é aos 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos acontece aos 65 anos. Esse marco se dá por um envelhecimento biológico que é irreversível, e está ligado à qualidade de vida que cada indivíduo tem no seu ambiente de vivência, não ficando restrito, dessa forma, a apenas um número contado em anos, como um fator de definição de status biológico do indivíduo.

Cruz (2008) faz a categorização das fases do envelhecimento, dividindo-a em três etapas distintas, a saber:

a) Envelhecimento primário quando ocorrem mudanças intrínsecas, irreversíveis, progressivas e universais, como embranquecimento dos cabelos,

aparecimento de rugas, perdas em massa óssea e muscular, declínio em equilíbrio, forças e rapidez e perdas cognitivas;

b) Envelhecimento secundário, quando ocorrem mudanças que são causadas por doenças que são dependentes da idade, como doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, depressão, quedas, perdas afetivas e afastamento social;

c) Envelhecimento terciário quando ocorre o declínio terminal na velhice avançada, caracterizado por um grande aumento nas perdas cognitivas e motoras, em um curto período.

Fica explícito, dessa maneira, que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde acontecem inúmeras alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação funcional do indivíduo, modificando o organismo, tornando-o mais suscetível a doenças e degenerações como apontam Guyton e Hall (2011). Reafirmando isso, Freitas *et al.* (2002) ressaltam, ainda, que a experiência de envelhecimento pode variar entre um indivíduo e outro, e de acordo com as circunstâncias vividas em cada sociedade, como também hábitos de vida e predisposição genética.

Em termos globais, o envelhecimento da população mundial, observado a partir da perspectiva epidemiológica, mostra-se como um fator de maior impacto que vem se consolidando com uma tendência que segue aumentando de forma rápida e ininterrupta, devido, inclusive pelo aumento da expectativa de vida, fenômeno que ocorre tanto em países desenvolvidos como os que se encontram em desenvolvimento (Fechine e Trompiori, 2015).

A longevidade é uma das grandes conquistas do século passado e já se tornou fenômeno mundial, ocasionando um significativo envelhecimento na população de todo o planeta. Mota, Rouquayrol e Gurgel (2013) afirmam que o avanço das tecnologias e o desenvolvimento e descoberta de novas medidas para controle, tratamento e prevenção de doenças tem favorecido ao fenômeno do envelhecimento. Seguindo essa perspectiva, Guyton e Hall (2011) enaltecem os conceitos de envelhecimento saudável é envelhecimento bem-sucedido. Sendo este um fenômeno real, os pesquisadores desviaram o enfoque da degradação natural que ocorre com o envelhecimento, e passaram a estudar as capacidades e competências concernentes a este processo de amadurecimento do corpo.

### 1.1.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

O envelhecimento das populações tornou-se realidade nas últimas décadas devido às mudanças nas condições favoráveis à vida e aos avanços da medicina no combate às enfermidades, que concorrem para redução de mortalidades precoces e promoveram um aumento dos anos de vida. Dados como os apresentados por Silva e Dal Prá (2014), mostram que em países latinos como Argentina, Costa Rica, Cuba, Equador, México e Uruguai, a expectativa de vida tem superado a idade 75 anos para ambos os sexos. Na América do Sul, os mesmos autores evidenciam o crescimento da população mais velha. Ainda, para 2025, espera-se uma porcentagem mais elevada de população envelhecida nos países de Barbados, Cuba e Uruguai.

Na projeção para 2050 para os países em desenvolvimento do continente americano, Valdés (2014) relata que Cuba se situa em primeira posição, e é seguido por Barbados e pelo Brasil. De acordo com o Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE), o Brasil está classificado como país com envelhecimento moderadamente avançado (índice de envelhecimento 39,8/taxa global de fecundidade 1,8). O CELADE segue destacando que o Uruguai tem hoje envelhecimento avançado (índice de envelhecimento 81,7/taxa global de fecundidade 2,1), e, com envelhecimento muito avançado, Barbados (índice de envelhecimento 90,9/taxa global de fecundidade 1,6) e Cuba (índice de envelhecimento 100/taxa global de fecundidade 1,5).

### 1.1.2 Alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento

As mudanças fisiológicas ocorrem com o avanço da idade. Dessa forma, considerando a média de massa muscular para pessoas de 60 anos é de aproximadamente 25 a 30%, afere-se que a manutenção desta é um resultado do balanço energético entre síntese e degradação de proteínas. No fenômeno da sarcopenia ou a diminuição da massa muscular, algumas fibras musculares perdem a sua inervação, propriedade da degeneração de sua placa motora, que se sucede pela substituição de fibras de seu neurônio motor por tecido conjuntivo fibroso e adiposo (Pícoli, Figueiredo e Patrizzi, 2011).

No entanto, é importante ter em mente que o envelhecimento é inevitável e se constitui, especialmente, na remodelação da unidade motora. O músculo esquelético está associado a uma combinação de alterações em células nervosas e musculares, o que resulta em diminuição da atividade nervosa, cujas mudanças direcionam para a hipotrofia muscular senil.

Um dos fatores importantes para essa perda é a inatividade física. O estilo de vida sedentário envolve o desgaste do músculo esquelético, envelhecimento e a perda da força, sendo esta última, uma das principais mudanças decorrentes da perda da massa muscular (Ferreira, 2005). As mudanças que ocorrem fundamentalmente no sistema nervoso central, responsável pela manutenção das atividades orgânicas, culminam com a redução na síntese de neurotransmissores, afetando, dessa forma, todo o processo responsável pela difusão de impulsos nervosos que promovem as respostas motoras em todo sistema orgânico (Ferreira *et al.* 2009). Jahana e Diogo (2007) apontam que essa disfunção está associada a deficiências cognitivas e motoras em fases mais avançadas de diversas doenças como Alzheimer e o Mal de Parkinson.

Assim, de forma resumida, alterações no sistema nervoso central refletem significativamente no sistema neuromotor dos idosos. O reflexo desse processo compromete suas capacidades e aptidões físicas. Dessa maneira, as alterações musculoesqueléticas ou a diminuição do número de células revelam-se como a maior causa da diminuição do tamanho do músculo ou atrofia muscular (Fechine e Trompieri, 2015).

Nas alterações orgânicas observadas a partir do avanço da idade, o sistema cardiovascular passa por uma série de alterações, tais como hipertrofia do ventrículo esquerdo, arteriosclerose, diminuição da distensibilidade da aorta e das grandes artérias, aumento da rigidez da parede arterial, comprometimento da condução cardíaca, redução na função barorreceptora, entre outras; sendo que as estatísticas mostram que a maior causa de mortalidade e morbidade é a doença cardiovascular. Assim, Guyton e Hall (2011) destacam que a doença coronariana é a causa de 70 a 80% de mortes, tanto em homens como em mulheres e a insuficiência cardíaca congestiva, mais comum de internação hospitalar, é a causa mais recorrente de morbidade e mortalidade na população idosa.

No sistema respiratório as alterações compreendem a diminuição complacência da parede torácica, diminuição de força da musculatura respiratória,



perda de elasticidade pulmonar, ocasionando aumento da complacência, alveolar, colapso de vias aéreas menores represamento de ar, colapso de vias aéreas menores, ocasionando desigualdade de ventilação. Em instância paralela, quanto aos limites que surgem com o envelhecimento, no trato urinário inferior é observado o aumento da quantidade de colágeno e diminuição da distensibilidade, causando prejuízo no enchimento vesical (Motta, 2014).

É percebido no sistema endócrino, o aumento dos índices dos hormônios hipofisários, TSH (Hormônio Estimulador da Tireoide) e hormônios adrenais. Os hormônios sexuais, tanto femininos quanto masculinos, diminuem seus níveis de excreção. Enquanto que, os hormônios tireoidianos, prolactina, PTH, ACTH, LH e FSH, aumentam seus índices (Cavalli, Freiburger, Krause e Nunes, 2011).

As alterações no sistema osteoarticular ocorrem causando a contração das vértebras, curvatura da coluna, dores e diminuindo a estatura, assim como a perda progressiva de massa óssea e muscular, perda da capacidade de produzir tecidos novos. Nesse aspecto, Guyton e Hall (2011) ressaltam que há o aumento no número de casos de idosos com artrite e artrose; menor comprimento dos passos pela menor extensão dos joelhos; músculos esqueléticos com menor quantidade de fibras e, portanto, com menor força para produzir movimentos, sendo, por isso, mais lentos.

No processo metabólico Nettina (2007) resalta que devido ao incremento do catabolismo e recuo do anabolismo, ocorre a redução do tônus funcional do pâncreas, pela diminuição da secreção de insulina e conseqüentemente causa a intolerância aos hidratos de carbono, o que leva à alteração da curva glicêmica. Tal fato incide na queda da fonte energética para as células, representada pela falta de glicose, em consequência da menor ação periférica da insulina. Os níveis séricos de colesterol total podem estar elevados e a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) proporciona maior incidência de aterosclerose causando a Doença Arterial Coronariana (DAC).

### 1.1.3 Bem-estar psicológico da pessoa idosa

A tradição de estudar o ajustamento da personalidade do indivíduo na auto-percepção de competência pessoal e de atendimento às normas sociais remonta a uma preocupação da comunidade científica, mas é recente o

renascimento do interesse pelo assunto, dentro de uma perspectiva reconhecida como psicologia positiva. Nesta perspectiva, a literatura especializada assume que o ajustamento pessoal tem como referência o bem-estar subjetivo e psicológico. Segundo Diener (1984), que usa indiscriminadamente os adjetivos subjetivo e psicológico, o bem-estar subjetivo é recomendado por satisfação com a vida, por afetos positivos e negativos e senso de felicidade.

Assim, Ryff (1995) discrimina entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, onde a autora indica um modelo teórico fundamentado no conceito aristotélico de eudaimonia, que significa busca de excelência pessoal, e não busca de prazer, como motivação fundamental da existência. Com base nessa conjectura, em pesquisas baseadas em autorrelato e na análise fatorial, ela delineou um modelo de seis dimensões:

- (a) autonomia (ter um *self* determinado e independente, capaz de realizar autoavaliações com base em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões);
- (b) propósito de vida (ter objetivos na vida e senso de direção, administrando o passado e o presente, com metas significativas à vida);
- (c) domínio do ambiente (ser capaz de administrar atividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal);
- (d) crescimento pessoal (ser capaz de manter continuamente o próprio processo de desenvolvimento, estar aberto às novas experiências, tendência à autorealização, ao aperfeiçoamento e à realização das próprias potencialidades);
- (e) autoaceitação (ser capaz de aceitação de si e dos outros, com uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos acontecimentos anteriores);
- (f) relações positivas com outros (manter relações de satisfação, de confiança e de afetividade com outras pessoas).

O sentimento de bem-estar psicológico é apontado pela influência mútua entre oportunidade e condições de vida, o arranjo da informação sobre si e os demais e as respostas às demandas pessoais e sociais. A propriedade sobre a existência de uma constante alteração de metas em relação a alvos mais elevados beneficia o ajustamento e a maturidade subjetiva (Keyes, Shmotkin e Ryff, 2002).

Um dos pontos apontados como fator de bem-estar psicológico entre idosos parece ser o nível de escolaridade desse estrato etário. Indivíduos com baixo bem-estar subjetivo e elevado bem-estar psicológico provavelmente tem elevada escolaridade que aqueles com baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Em contrapartida, adultos e idosos com alto grau de bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico podem ter moderadamente um menor grau de escolaridade que aqueles com de baixo bem-estar subjetivo e baixo bem-estar psicológico. Apontam, os autores, que as variáveis idade e nível de escolaridade

desempenham grande influência no bem-estar, o que se torna nítido que a faixa de idade do indivíduo e seu nível de escolaridade. No estudo, um elevado bem-estar é abertamente ligado à escolaridade e à idade: pessoas de meia idade e idosos com alto nível de escolaridade são possivelmente mais prósperas na vida e têm melhor percepção da qualidade de sua vida (Queroz e Neri, 2005).

## 1.2 Qualidade de vida no envelhecimento

No que se refere à qualidade de vida, Ferreira (2017) significa este conceito como sendo o conjunto das condições para o bem-estar de um indivíduo ou conjunto de indivíduos. Ou seja, trata-se das condições básicas que envolvem o sujeito como um todo, física e mentalmente, o estado psicológico e o emocional, incluindo também os relacionamentos, tanto com a família quanto com amigos, parâmetros que afetam a vivência humana em todas suas esferas e fases.

No cenário do envelhecimento é relevante reconhecer que o envelhecimento não se caracteriza apenas pela idade cronológica, mas também nas diferenças que se relacionam com o estado de saúde, participação social e níveis de independência variados entre pessoas da mesma idade (WHO, 2005).

A OMS (2009) menciona o Guia Global: Cidade Amiga do Idoso, que acentua o conceito de envelhecimento ativo como o processo de otimização de oportunidades para segurança e saúde, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Considerando os vários entendimentos sobre o envelhecimento com qualidade de vida, significa, portanto, preservar as capacidades físicas, mentais e sociais do indivíduo, para vivenciar com plenitude todo esse ciclo vital.

Nesse sentido, Minayo e Coimbra Júnior (2002) levantam um importante questionamento: “será que não existe possibilidade de introduzir, na receita do que é saudável, o ingrediente ‘prazer de viver’ como parte central dessa última e decisiva etapa da existência?”. Tendo por base esse pressuposto, Brandão e Zatt (2015) referem-se à importância do envelhecer com qualidade de vida. Notadamente, esta tem sido uma preocupação para os profissionais da área da saúde, que aprofundam estudos relacionados a esta temática, avaliando o que é considerado fundamental para viverem felizes e satisfeitos nessa faixa etária, como viver e conviver em um

ambiente em que suas expectativas sejam vivenciadas, onde as realizações de seus sonhos sejam positivas e, assim, consigam viver com qualidade.

Por sua vez, Schneider e Irigaray (2008) ressaltam que o envelhecimento pode ser definido em três grandes dimensões: biológica, psicológica e social. Descrevendo as características de cada dimensão, os autores indicam que a dimensão biológica está volta diretamente para as questões do corpo, a qual ocorre de forma heterogênea, sem distinção de qualquer classe social, religião ou ideologia política. Esses aspectos físicos podem ser mascarados e até retardar os impactos negativos, porém, são questões que não podem ser impedidas no decorrer do ciclo vital.

Mesmo em relação ao aspecto biológico, os autores destacam a importância de variantes que envolvem os pensamentos, o próprio histórico de pessoas, bem como as decisões durante a vida. Embora a mente possa apresentar idade diferente do corpo, esta também envelhece (Schneider e Irigaray, 2008).

O envelhecimento social diz respeito às relações que foram estabelecidas ao longo de toda vida. O ser humano é um ser sociável, portanto, não vive sozinho, necessitando de viver em sociedade, o que significa que vive em constante troca, fomentando a necessidade de objetivos e rotinas que promovem movimento vital e concorram para a valorização da vida (Schneider e Irigaray, 2008).

Com relação à obtenção de hábitos e *status* que um indivíduo adquire pela vida, Costa e Pereira (2005) dizem que a idade social permite fazer uma avaliação do grau de adequação no desempenho de seu papel em um dado momento no histórico de cada sociedade. Nesse sentido, o envelhecimento social também espera que os idosos tenham comportamento que correspondem a seu papel atual, isto é, vivenciar os papéis que foram determinados para eles, considerando que a cultura apresenta uma importante função nesse aspecto, uma vez que a própria sociedade faz uma rotulação de idosos como improdutivos e inativos, ao se tratar, por exemplo, da funcionalidade do indivíduo aposentado.

Nesse momento, Pacheco (2005) menciona que as sociedades vinculam a fonte de renovação e o desejo de posse para os novos, e a aposentadoria causa um rompimento abrupto nas relações sociais, considerando ainda redução de renda e falta de alternativas para atividades laborais. Para uns, esses aspectos conduzem ao desencorajamento a desvalorização da vida, contudo, para outros a

aposentadoria não é apenas uma ponte para a velhice, mas o início de uma vida social prazerosa acompanhada por atividades e lazer.

Em um ângulo não divergente, Hoyer e Roodin (2003) definem que a idade psicológica envolve as habilidades adaptativas das pessoas para se ajustarem às exigências do meio, uma vez que, com o processo de envelhecimento, algumas capacidades cognitivas diminuem. Contudo, estas podem ser compensadas com o ganho de sabedoria, experiências, maior conhecimento.

O declínio cognitivo é provocado por doenças, como depressão, consumos de substâncias alienantes como álcool e medicamentos que influenciam no comportamento como falta de confiança, de motivação, baixas expectativas. Entre outros fatores também ocorre o isolamento que concorre para viver em solidão afetando a sociabilidade (Hoyer e Roodin, 2003).

Como já destacado aqui, é inevitável envelhecer. Acentuando a qualidade de vida da pessoa idosa, os diferentes modos para esse processo constituem-se nas condições que serviram de pilares ou critérios que cada pessoa conduziu para vivenciar essa fase da vida. Entretanto, é importante a ordenação dessa fase pelos vários ângulos que devem ser tratadas as pessoas senis, tanto pela linhagem como pela sociedade. Isto significa que estas características variam na medida em que todos esses fatores influenciam. Para um envelhecimento bem-sucedido (Paúl, 2005).

### **1.3 Fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas idosas**

Cronologicamente, a relação entre idade em anos e envelhecimento é apenas um elemento indicador neste processo, considerando que envelhecer não é sinônimo de doença, mas um processo influenciado por uma complexa combinação de fatores ao longo de toda a vida. Freitas *et al.* (2002) mencionam, ainda, que envelhecer acarreta diferentes consequências nas relações do idoso consigo mesmo e com as outras pessoas, com o mundo físico, com o mundo natural e instituições sociais. Nesse âmbito, Esquenazi, Silva e Guimarães (2014) seguem a mesma ideia afirmando que, apesar de envelhecer não representar adoecer, diversas modificações, no entanto, ocorrem e estas afetam a pessoa idosa das formas suprarreferidas.

Em paralelo ao exposto, destaca-se também a importância de parâmetros fundamentais no contexto do envelhecimento, como a percepção das pessoas acerca de valores, padrões e expectativas envolvendo uma forma de viver feliz e saudável (Brandão e Zatt, 2015). Assim, é relevante conhecer as condições essenciais que integram o rol das dimensões para definir o grau de qualidade de sua vivência.

Tomando como ponto de partida as atividades laborais no município da Raposa-MA, esses aspectos fomentaram o propósito de conhecer melhor o estado de qualidade de vida das pessoas idosas de uma região específica desse município, e justifica-se pela ampliação dos conhecimentos avaliando as situações encontradas, suas características particulares e compreensão de como se estabelece o fenômeno da qualidade de vida para essa população, bem como contribuir, com este trabalho, auxiliando estudos futuros como uma forma de ajudar a melhorar as condições da população em estudo, com base em ações profissionais, diante dos resultados encontrados.

#### **1.4 Ação das políticas públicas no envelhecimento**

Sob estes parâmetros, políticas públicas voltadas à população idosa passam a ter um elevado grau de importância, como afirma Kalache (2017). Borges (2003) corrobora assinalando que cada vez mais ampliam-se as necessidades de melhores condições de vida, sendo importante sistematizar ações para que possam ajudá-las a manter suas habilidades e o convívio em sociedade, através de políticas e programas de assistência social e de saúde para promover a qualidade de vida que merecem. Nesse sentido, em 1982, a Assembleia Geral da ONU, convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, onde foi produzido o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento que ansiou sensibilizar os governos e a sociedade acerca da necessidade de elaboração e direcionamento de políticas públicas voltadas ao idoso com uma abordagem sobre nutrição, habitação, saúde, meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego e educação (ONUBR, 2017).

Alguns anos mais tarde, a Assembleia Geral de 1991 “adotou o Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas” que listou o Direito do Idoso como

“a independência, participação, cuidado, autorealização e dignidade”. Após um ano, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento deu continuidade ao Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. A seguir, em 1999 foi declarado o Ano Internacional do Idoso. Alguns anos depois, em 2002, houve a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento em Madrid, visando a Política Internacional sobre o envelhecimento do século XXI, surgindo então o Plano de Ação com solicitação de “mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis” priorizando o velho na saúde, segurança e apoio para o bem-estar individual e social (ONUBR, 2017).

Sob essa ótica, o Brasil por sua vez, caminhou em direção do desenvolvimento de ações que assegurassem aos idosos a manutenção de sua vida com dignidade. Dessa forma, em 1986, aconteceu no país a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foi proposta a elaboração de uma política global de assistência à população idosa (Brasil, 2008a).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi introduzido o conceito de seguridade social como sendo um direito à cidadania. O idoso passa a ser reconhecido como um ser de direitos através do artigo 230 que diz, “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Nesse mesmo documento, no artigo 196 é reafirmado que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos”(Brasil, 1988).

Dessa maneira, para assegurar o direito na área da saúde, a Constituição determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), havendo, naquele momento, de ser estruturado de forma descentralizada e regionalizada com acesso universal a todas as pessoas. Neste contexto, foi gerada um conjunto de leis voltadas à implementação do SUS, a exemplo da Lei Orgânica da Saúde, além de vários decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde (CONASS, 2003).

Considerando o crescimento contínuo da população idosa brasileira, vários ajustes foram direcionados às pessoas desse estrato etário, seus familiares e cuidadores, dando ênfase à prevenção de doenças e promoção da saúde, a partir do estilo de vida ativo, a fim de retardar as consequências decorrentes do ato de

envelhecer, bem como proporcionar a autoestima e a vontade de viver (Silva *et al.* 2011).

Neste alvo, concomitante à regulamentação do SUS, em 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994 que estabelece a “Política Nacional do Idoso” (PNI) com a finalidade de assegurar direitos sociais criando condições de promover a “autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania” (Fernandes e Soares, 2012).

A longevidade das pessoas anciãs é um novo desafio que aponta para novas perspectivas de vida. Sem a fragilidade esperada com o avançar da idade, a maioria das pessoas idosas mantém-se bem em condições físicas, executam afazeres do cotidiano e colaboram com suas famílias. Contudo, o envelhecimento da população está se processando em meio a condições de vida, que para uma parte da população, ainda são muito desfavoráveis, propiciando riscos à saúde e manutenção do bem-estar (IBGE, 2015).

Com esse perfil, as entidades governamentais e parte da sociedade civil, recebem a “Política Nacional de Saúde do Idoso”, Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS), estabelece diretrizes como:

[...] a promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional, assistência integral das necessidades de saúde dos idosos, reabilitação funcional de capacidades comprometidas, qualificação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. E ainda terá a finalidade de assegurar aos idosos a permanência na sociedade onde estão inseridos mantendo suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2010).

Continuando a preocupação do governo com a população idosa, em 2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) apresenta-se a proposta de organização e implantação de “Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso” tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades referidas na Portaria GM/MS nº 702/2002 (Brasil, 2010b).

Envelhecer é um direito pessoal, muito particular e a sua proteção, um direito social, sendo dever do Estado “garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”. A partir desse momento, tem-se uma das maiores conquistas da população idosa brasileira, o “Estatuto do Idoso” diante da



aprovação da Lei nº 1.074 de 2003, um dos principais instrumentos de garantia de direito dos idosos (Brasil, 2010).

Manter a capacidade funcional do idoso surge, como um novo paradigma de saúde e conseguir manter a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, incumbência repassada para as equipes da Atenção Básica. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho em conjunto entre equipe de saúde, idoso e família. A Atenção Básica é o contato inicial e preferencial aos usuários com os sistemas de saúde pública (Brasil, 2006).

A partir do ano de 2006, houve a publicação do Pacto pela Saúde através da Portaria GM nº 399, dividido em três eixos, sendo eles: “O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde” (SUS), o “Pacto em Defesa da Vida” e o “Pacto de Gestão”. Destaca-se aqui, o Pacto em Defesa da Vida que constitui um conjunto de acordos que deverão tornar-se prioridades entre as três esferas de gestão, com definição das responsabilidades de cada um. No momento de sua criação, foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa (Brasil, 2006).

Assim, por meio de tais políticas públicas, a saúde do idoso no Brasil é promovida pelo fortalecimento da Atenção Básica estimulando ações de implementação para as diretrizes norteadoras de reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (PNSPI), publicada pela portaria GM nº 2528 de 19 de outubro de 2006, definindo que a “atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família”, mantendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (Brasil, 2006).

Ainda, é importante ressaltar que a regulamentação da Política Nacional de Atenção Básica se deu pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica tenta, dessa forma, considerar o sujeito em sua totalidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural por intercessão da promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de danos que possibilitam afetar uma vida saudável (Brasil, 2006). Conforme já explicitado nesta pesquisa, o envelhecimento não está apenas na contagem dos anos, envolve

fatores de diversas esferas e todas elas precisam ser atendidas quando se almeja o bem-estar da pessoa idosa.

É importante frisar, ainda, que o PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do sistema de saúde. Cogita ações interdisciplinares desenvolvidas pelos grupos que se responsabilizam pela saúde da comunidade na perspectiva de uma atenção total humanizada, considerando o lugar e percebendo as diferentes realidades dos grupos populacionais (Brasil, 2008).

Como ferramenta facilitadora do processo de coleta de dados da população idosa, é sugerido um instrumento de estimativa acelerada dos vários sistemas onde, na presença de alterações, os profissionais possam avaliar, analisar e complementar condutas terapêuticas adequadas. Nesta finalidade, em 2008, o Ministério da Saúde lança a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que visa auxiliar na identificação das pessoas idosas com possibilidade de fragilidade.

Para os profissionais de saúde, deverá ser um instrumento de organização de ações efetivas direcionadas à saúde do idoso e um mais perfeito acompanhamento do estado geral dessa população. Um instrumento de cidadania para os idosos, pois terá em mãos informações relevantes sobre sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um importante instrumento de fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2008b).

#### 1.4.1 Programa Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Atenção Básica voltada ao idoso, e de maneira especial a ESF, necessitam de diretrizes que apoiem diferentes atividades, como a definição de território adstrito, como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde dos mais velhos (Monken e Barcellos, 2005), possibilitando a funcionários e usuários do SUS entender o sujeito em seu ambiente de forma individual e coletivamente, entendendo as desigualdades sociais e de saúde (Figueiredo, 2012). O território está ligado aos usuários, estabelecendo relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e equipes de saúde, tornando-se referência, levando a continuação e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2011).

O conceito de que os cuidados realizados pela Atenção Básica são simples há muito deixou de ser realidade. São serviços complexos que buscam resolver as necessidades de saúde da população, de forma coletiva e individual, o que influam na saúde e na autonomia dos idosos e do seu contexto.

Analisando a ação na Atenção Básica, principal entrada do Sistema de Único de Saúde, começa com o ato de acolher, ouvir e ofertar resposta resolutiva para a grande parte das necessidades de saúde da comunidade, aliviando agravos e sofrimentos e responsabilizando-se pelo cuidado (Brasil, 2011). Contudo, é importante que as ações sejam realizadas em equipe, para juntos somarem e concretizarem os cuidados essenciais dirigidos às populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade.

A fim de melhorar o acesso das pessoas, incluindo as idosas, aos programas de atenção básica, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (Brasil, 2011). Seu objetivo é ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na Atenção Básica. É organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização, apresentadas a seguir:

1. Na primeira fase do PMAQ ocorre a adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve a participação do controle social. Os municípios receberão inicialmente, no momento da adesão ao PMAQ-AB, 20% do valor integral do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável por equipe contratualizada.

2. Na segunda fase será desenvolvido um conjunto de ações pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, a fim de produzir a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Está organizada em quatro dimensões: Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional.

3. Na terceira fase ocorre a avaliação externa, quando são averiguadas as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da Atenção Básica, participantes do programa.

4. Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de pactuação das equipes e dos municípios, estabelecendo-se novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados nas fases 2 e 3 do PMAQ.

## **2 CAPÍTULO II - IMPORTÂNCIA, QUESTÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Motivação para realização do estudo**

O município da Raposa localizado na região metropolitana de São Luís, a 28 km de distância da capital do Maranhão, tem uma área total de 66,280 km, cercada por praias, dunas e manguezais. A população é de 30.863 habitantes (IBGE, 2015).

A economia do município tem base na população que sobrevive dos serviços, com vínculo, junto à Prefeitura Municipal, turismo local, agricultura familiar, pescaria comumente realizada pelos homens e as rendas de bilro, artesanato local produzido mais especificamente pelas mulheres.

De acordo ainda com o IBGE

(2015), o município é composto por trinta e um bairros, dentre eles está o bairro Itapéua, próximo à rodovia MA 203, com moradores que além das atividades locais acima citadas, trabalham o dia todo na capital e retornam para a cidade de Raposa apenas para dormir.

De acordo com o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), no ano de 2015 no município de Raposa ocorreu um total de 131 óbitos. Destes, na faixa etária de 60 a 69 anos foram 12 pessoas, de 70 a 79 anos foram 17 e dos 80 anos ou mais foram 28 idosos e nesta última faixa etária, 17 foram do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Conforme o IBGE (2010) a população de 65 anos ou mais do município de Raposa contava com 1090 pessoas e a taxa de envelhecimento estava em 4,14%.

Diante desses fatos, despertou o interesse em pesquisar sobre a qualidade de vida da população idosa da Raposa, especificamente dos seniores de Itapéua.

### **2.2 Questão da investigação**

À parte de todos os fatores que influenciam de forma positiva o amadurecimento do corpo até seu envelhecimento propriamente dito, é importante

que sejam colhidos benefícios com qualidade de maneira que seja perene o estado de bem-estar. Nesse interim a qualidade se reporta aos que se encontram nessa faixa etária que dá significado ao envelhecimento, como também àqueles que já se encontram com algum tipo de problema como deficiente físico, emocional ou mental (Brasil, 2012).

Segundo informações da ONU divulgadas no Portal do Governo do Brasil, em 2012, o país detinha o percentual de 36,5% de brasileiros que apresentavam algum tipo de incapacidade funcional, evidenciando que a redução da mortalidade não é um fator único que implica em ganhos adicionais ao nível da saúde, mas é pertinente que haja qualidade de vida e autonomia (Brasil, 2012).E, portanto, torna-se relevante conhecer também esses parâmetros, de forma que se obtenham subsídios que possam atender ao questionamento foco deste estudo.

Assim, apresenta-se a questão norteadora para este trabalho: como se apresenta a qualidade de vida da população idosa de Itapéua no município de Raposa – Ma no Brasil?

## **2.3 Objetivos do estudo**

### 2.3.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida dos idosos da microárea (bairro) de Itapéua no município da Raposa – MA / Brasil.

### 2.3.2 Objetivos Específicos

Descrever o perfil da população amostral apresentando fatores socioeconômicos e demográficos.

Identificar os fatores que influenciam na qualidade de vida de pessoas idosas na população em estudo.

### **3 CAPÍTULO III - METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

A presente pesquisa é de caráter transversal exploratório com variáveis quantitativas. Para Gonçalves (2005, p. 91), a pesquisa descritiva “observa, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”, ficando evidente que a preocupação principal é descobrir a frequência com que ocorre o fenômeno, a relação e a conexão com outros fenômenos, como também a natureza e as suas características.

Nessa concepção, a autora ainda acrescenta que a investigação sistematizada desses fenômenos concorre para uma visão mais ampla sobre os processos de evolução dos fatos que marcam as explorações sob o aspecto da natureza e causas determinantes que se manifestem de algum modo. Em adição, Rodrigues (2007) afirma que “a pesquisa quantitativa traduz em números as opiniões e informações para serem classificadas e analisadas”. Gil (2002) assinala que o conhecimento científico apoia-se na observação minuciosa e na compreensão das variantes encontradas no âmbito da pesquisa.

#### **3.2 Local do estudo**

A presente pesquisa ocorreu em uma área geograficamente específica, chamado Itapéua, no município de Raposa, no estado do Maranhão, Brasil. Raposa foi fundada em 1940 e considerada um povoado da cidade de Paço do Lumiar. Em 10 de novembro de 1994 Raposa separou-se de Paço de Lumiar e ganhou *status* de cidade. Localiza-se a 28 km do centro da capital e abriga a maior colônia de pesca do Maranhão, na microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís, Mesorregião do Norte do estado. O município tem uma área de 66.280 km<sup>2</sup>, com uma população de 30.863 habitantes registrada no último censo pelo IBGE, em 2018. A densidade demográfica é de 397,21 habitantes/km<sup>2</sup>.



Vista Panorâmica – Raposa-MA



Barcos Pesqueiros



Feira de Artesanatos

Figura 1 - Imagens do município Raposa – MA, Brasil.

No turismo, além dos passeios por suas praias, o município abriga várias lojas de artesanato onde são comercializados toalhas de mesa, panos de prato, passadeiras, saídas de praia, chapéus, cortinas, redes além de artefatos confeccionados em renda de bilro, tecidas em almofadas de renda, por mulheres de pescadores. O município é conhecido, além do artesanato, pelo sabor dos seus peixes que são comercializados nos bares e restaurantes da região, atrelada também a beleza de suas praias desertas.

Conforme as informações pelo IBGE (2010), o PIB correspondeu a 87.175 mil reais e o PIB per capita de R\$ 3.317. A mostra do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) levantada pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em 2013 e divulgado pelo PNUD, considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação, mostrou que o município da Raposa – MA teve uma variação de melhoria quanto o IDH municipal, de 1991 – 0,362, em 2000 – 0,440, em



2010 para 0,626. Quanto ao IDH Municipal de Longevidade, o município de Raposa – MA, variou de 1991 – 0,553, em 2000 – 0,645, em 2010 para 0,735. Quanto ao IDH de renda, em 1991 – 0,452, em 2000 - 0,472 e em 2010 - 0,568. Esses valores traduzem melhoria do bem-estar e qualidade de vida para a população (Deepask, 2018).

Itapéua é uma microárea da cidade de Raposa. Ganhou esse nome, pois tradicionalmente o local era habitado por etnia indígena. A região se desenvolveu com a construção do acesso rodoviário, em 1964.



Figura 2 - Itapéua – Raposa – MA, Brasil.

A região possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), chamada de Carlos Vidal de Sousa, que atende moradores do Itapéua. O local contém uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa à reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A mesma é composta por um médico, um enfermeiro, quatro agentes comunitários de saúde, um dentista e um auxiliar odontológico. Os profissionais atendem os idosos que conseguem se locomover na UBS; os idosos acamados ou com dificuldade de locomoção são visitados em suas residências. O programa ESF tem como objetivo prevenir agravos a saúde e tratar doenças crônicas instaladas, como hipertensão e diabetes.

### 3.3 Caracterização amostral

Utilizamos uma amostra não probabilística por conveniência de idosos a partir de 60 anos. De forma ética, apresentamos primeiramente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) o projeto de pesquisa para análise. O estudo em questão foi aprovado e assinado pela SMS (Apêndice A).

Foi realizado levantamento de idosos domiciliados na área especificada na região pela SMS, notificando a existência de 53 idosos na província estudada com 60 anos ou mais; estes foram abordados para verificar se aceitariam participar da pesquisa. Colaboraram com o trabalho 32 indivíduos, o que representa 60,57% da população total de idosos de Itapéua. Os 21 idosos que não participaram não informaram os motivos que invalidaram a condição em contribuir com a pesquisa.

### 3.4 Instrumento de coleta de dados

Os dados foram recolhidos através de um inquérito em dois momentos. No primeiro recolhemos informações socioeconômicas e demográficas utilizando as variáveis de sexo, idade, escolaridade, ocupação/renda (aposentados, se trabalham ou se recebem bolsa família). Quanto aos dados demográficos: se vive com a família, filhos, quantas pessoas, propriedade da residência ou não, dependentes, saneamento básico e morbidades presentes (Apêndice A).

No segundo momento foi utilizado o questionário Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) (Anexo B), de 15 itens, com a finalidade de permitir conhecer a qualidade de vida abrangendo as seguintes dimensões: Doença, Vida Independente, Relações Sociais, Sentidos, Bem-Estar Psicológico. Para o preenchimento do questionário foi orientado ao entrevistado a exprimir sua resposta com um círculo em volta da alternativa (A, B, C, ou D) que a pessoa considera que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês. Com apoio em Fonseca *et al.* (2007), cada alternativa de resposta corresponde uma pontuação:

Alternativa A. – 0 (zero)

Alternativa B. – 1 (um)

Alternativa C. – 2 (dois)

Alternativa D. – 3 (três)

Em relação ao resultado, quanto mais baixa a pontuação, melhor a avaliação da respectiva qualidade de vida, quer seja por fator ou por termos globais (a Qualidade de Vida Globalé obtida pela soma das pontuações obtidas em cada item) (FONSECA *et al.* 2009).

### **3.5 Método de recolha e análise dos dados**

Houve uma reunião com o Agente Comunitário de Saúde responsável pela área geograficamente estudada, para apresentação do projeto de dissertação, objetivo do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) e os inquéritos (Apêndice A e Anexo B) que foram aplicados aos idosos, explicando a forma de aplicabilidade conforme descrito anteriormente. Os questionários foram aplicados pelo Agente Comunitário de Saúde, cujo apoio considerou-se importante levando em conta que este profissional está em contato direto com a população amostral.

Os dados obtidos foram tabulados no Microsoft Office Excel® e analisados a partir do programa estatístico SPSS 21.0®. Para a análise dos resultados, as variáveis numéricas foram apresentadas em mediana e amplitude (mínimo e máximo) e as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%). Para relacionar os fatores de qualidade de vida e variáveis com até duas categorias com foi aplicado o teste não paramétrico Mann-Whitney, para análise entre variáveis com três categorias ou mais foi realizado o teste não paramétrico Kruskal Wallis, sendo ainda realizada a análise Post Hoc por meio do teste Dunn-Bonferroni. A normalidade foi verificada através de teste de Shapiro-Wilk. Foram consideradas significativas as diferenças quando valor de  $p < 0,05$ .

### **3.6 Considerações éticas**

Inicialmente, foi cedido pela Secretaria de Saúde da Raposa um relatório com as informações sobre a população idosa específica do bairro Itapéua para a devida pesquisa.

Após, na aplicação dos questionários, cada pessoa idosa que aceitou participar do estudo recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), para esclarecimentos do objetivo da pesquisa, orientação quanto ao sigilo das informações e a desobrigação de querer participar. Após a assinatura desse termo foi iniciada a enquete.

## 4 CAPÍTULO IV – RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra

Conforme a Tabela 1 prevaleceram os idosos com 71 anos ou mais, do gênero feminino, com ensino fundamental, residentes em imóvel próprio, casados, aposentados, usufruindo de uma renda mensal de R\$ 500,00 a 1000,00, convivendo regularmente e possuindo um elevado número de filhos e netos.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

Variáveis	n	%
<b>Idade</b>		
60 a 65 anos.	9	28,1
66 a 70 anos.	2	6,3
71 anos ou mais.	21	65,6
<b>Sexo</b>		
Feminino	19	59,4
Masculino	13	40,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	12	37,5
Ens. Fundamental	17	53,1
Ens. Médio	3	9,4
<b>Tipo de Moradia</b>		
Própria	29	90,6
Parentes	3	9,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	8	25,0
Casado	13	40,6
Divorciado	2	6,3
Viúvo	9	28,1
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	29	90,6
Trabalha	3	9,4
<b>Renda Mensal Familiar</b>		
De 200,00 a 500,00	1	3,1
De 500 a 1.000,00	22	68,8
De 1.000,00 a 2.000,00	9	28,1
<b>Convívio</b>		
Sozinho	4	12,5
Mora com os filhos	13	40,6
Mora com os netos	2	6,3
Mora com o companheiro	13	40,6
<b>Quantas pessoas moram com você?</b>		
Sozinho	4	12,5
1 a 3 pessoas	18	56,3
4 a 6 pessoas	6	18,8
7 a 9 pessoas	4	12,5
<b>Possui filhos?</b>		
Sim. 1 filho	3	9,4

Sim. 2 a 3 filhos	4	12,5
Sim. 4 a 5 filhos	4	12,5
Sim. 6 ou mais filhos	21	65,6
<b>Possui netos?</b>		
Sim. 1 neto	3	9,4
Sim. 2 a 3 netos	2	6,3
Sim. 4 a 5 netos	5	15,6
Sim. 6 ou mais netos	22	68,8
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

Conforme a Tabela 2, os idosos da amostra, predominantemente, estão ligados a grupos religiosos, não apresentam dificuldades de locomoção, apresentam quadro hipertensivo e apenas uma minoria relatou a ausência de doenças, servem-se de locomoção própria para acesso ao posto de saúde, utilizam a televisão e telefone celular e não utilizam nenhum sistema de mídia social.

Tabela 2. Caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

Variáveis	N	%
<b>Participa de grupos sociais?</b>		
Não	12	37,5
Religiosos	20	62,5
<b>Possui dificuldade de locomoção?</b>		
Não	15	46,9
Sim. Pela idade	6	18,8
Sim. Sequelas de doença	9	28,1
Sim. Sequelas de acidente	1	3,1
Sim. Deficiência física de nascença	1	3,1
<b>Possui doença crônica?</b>		
Não	5	15,6
Sim. Hipertensão	16	50,0
Sim. Doença cardiovascular	2	6,3
Sim. Doença renal crônica	5	15,6
Sim. Diabetes	4	12,5
<b>Como chega ao posto de saúde da sua região?</b>		
Transporte público	6	18,8
Andando sem dificuldade	7	21,9
Locomoção própria (carro ou moto)	14	43,8
Andando com dificuldade	5	15,6
<b>Possui acesso à tecnologia?</b>		
Não	2	6,3
Sim. Televisão	17	53,1
Sim. Televisão e celular	13	40,6
<b>Possui mídia social</b>		
Não	31	96,9
Sim. Whats App	1	3,1
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>

## 4.2 Qualidade de Vida Global

A Qualidade de Vida Global exibiu uma mediana de 12, com mínimo de 2 e máximo de 23, sendo considerado um valor intermediário de qualidade de vida, na perspectiva “quanto menor melhor” da ferramenta de avaliação, verificando-se se ainda, que algumas participantes chegaram a pontuar 23, extremo do estado ruim de qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3. Qualidade de Vida Global de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Doença</b>	3	0	5
<b>Vida Independente</b>	1	0	9
<b>Relações Sociais</b>	1	0	6
<b>Sentidos</b>	2	0	9
<b>Bem-Estar Psicológico</b>	3	0	6
<b>Qualidade de Vida Geral</b>	12	2	23

Analisando a *Qualidade de Vida Global* por referência às variáveis de caracterização sócio-demográfica (Tabela 4), foram encontradas relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) em relação a:

- Idade, cuja faixa de 71 anos ou mais apresentou pior qualidade de vida, com mediana de 12 (máximo = 23), valor superior à faixa entre 60 e 65 anos apresentou melhor Qualidade de Vida Geral, com menor mediana (mediana = 6, máximo = 17);
- Escolaridade, onde idosos analfabetos apresentaram pior qualidade de vida, com valores mais elevados de Qualidade de Vida Global (mediana = 13, máximo = 23) que os idosos com ensino médio (mediana = 12, máximo = 15). com melhor qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa na análise post hoc (valor de  $p < 0,05$ );
- Ocupação, com os aposentados a apresentarem pior qualidade de vida (mediana = 12) e os que ainda trabalham a apresentarem melhor qualidade de vida (mediana = 4).

Tabela 4. Relação entre Qualidade de Vida Globale variáveis sócio-demográficas de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

Variáveis	Geral	Valor de p
	Mediana (Mín-Máx)	
<b>Idade</b>		
60 a 65 anos	6 (3-17) <sup>a</sup>	0,007
66 a 70 anos	8,5 (8-9)	
71 anos ou mais	12 (2-23) <sup>a</sup>	
<b>Sexo</b>		
Feminino	12 (3-23)	0,744¥
Masculino	12 (2-18)	
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	13 (9-23) <sup>a</sup>	0,037
Ens. Fundamental	10 (2-17) <sup>a</sup>	
Ens. Médio	12 (4-15)	
<b>Tipo de Moradia</b>		
Própria	12 (2-23)	0,744¥
Parentes	12 (11-17)	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	12 (2-23)	0,595
Casado	11 (4-16)	
Divorciado	14,5 (12-17)	
Viúvo	12 (3-17)	
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	12 (2-23)	0,006¥
Trabalha	4 (4-5)	
<b>Renda Mensal Familiar</b>		
De 200,00 a 500,00	12 A dimensão <i>Doença</i> não apresentou diferenças estatisticamente significantes (12-12)	0,977
De 500 a 1.000,00	11,5 (2-23)	
De 1.000,00 a 2.000,00	12 (5-17)	
<b>Convívio</b>		
Sozinho	17 (2-18)	0,493
Mora com os filhos	12 (3-23)	
Mora com os netos	7,5 (6-9)	
Mora com o companheiro	12 (4-16)	
<b>Quantas pessoas moram com você?</b>		
Sozinho	17 (2-18)	0,481
1 a 3 pessoas	12 (4-17)	
4 a 6 pessoas	10,5 (4-23)	
7 a 9 pessoas	8 (3-14)	
<b>Possui filhos?</b>		
Sim. 1 filho	11 (4-18)	0,330
Sim. 2 a 3 filhos	13,5 (6-23)	
Sim. 4 a 5 filhos	6 (2-17)	
Sim. 6 ou mais filhos	12 (3-17)	
<b>Possui netos?</b>		
Sim. 1 neto	4 (2-18)	0,403
Sim. 2 a 3 netos	9 (6-12)	
Sim. 4 a 5 netos	12 (4-15)	
Sim. 6 ou mais netos	12 (3-23)	

*Post hoc* Dunn-Bonferroni: letras iguais implicam em diferenças estatisticamente significativas (valor de p < 0,05) entre as categorias;¥ Mann-Whitney.



Analisando a *Qualidade de Vida Global* por referência às variáveis de caracterização clínica e de estilo de vida (Tabela 5), foram encontradas relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) com:

- Dificuldade de locomoção, onde a dificuldade pela idade exibiu valores mais elevados, com pior Qualidade de Vida Global e ausência de dificuldade apresentou valores inferiores e melhor qualidade de vida;
- Presença de doenças crônicas, onde os idosos com diabetes apresentaram pior qualidade de vida, tendo a análise post hoc demonstrado diferença significativa em relação à ausência de morbididades.

Tabela 5. Relação entre Qualidade de Vida Global e caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

Variáveis	Geral	Valor de p
	Mediana (Mín-Máx)	
<b>Participação de grupos sociais</b>		
<b>Não</b>	12,5 (2-18)	0,463¥
<b>Religiosos</b>	11,5 (3-23)	
<b>Dificuldade de locomoção</b>		
<b>Não</b>	8 (2-16) <sup>ab</sup>	0,001
<b>Sim. Pela idade</b>	16 (14-23) <sup>a</sup>	
<b>Sim. Sequelas de doença</b>	12 (10-17) <sup>b</sup>	
<b>Sim. Sequelas de acidente</b>	12 (12-12)	
<b>Sim. Deficiência física de nascença</b>	11 (11-11)	
<b>Presença de doença crônica</b>		
<b>Não</b>	9 (3-13) <sup>a</sup>	0,017
<b>Sim. Hipertensão</b>	11,5 (2-17)	
<b>Sim. Doença cardiovascular</b>	15,5 (15-16)	
<b>Sim. Doença renal crônica</b>	10 (5-17)	
<b>Sim. Diabetes</b>	17,5 (12-23) <sup>a</sup>	
<b>Transporte ao posto de saúde</b>		
<b>Transporte público</b>	10 (3-18)	0,072
<b>Andando sem dificuldade</b>	7 (2-16)	
<b>Locomoção própria (carro/moto)</b>	12,5 (5-23)	
<b>Andando com dificuldade</b>	12 (8-17)	
<b>Acesso à tecnologia</b>		
<b>Não</b>	18,5 (14-23)	0,090
<b>Sim. Televisão</b>	12 (3-18)	
<b>Sim. Televisão e celular</b>	12 (2-17)	
<b>Uso de mídia social</b>		
<b>Não</b>	12 (2-23)	0,185¥
<b>Sim. Whats App</b>	5 (5-5)	

*Post hoc Dunn-Bonferroni*: letras iguais implicam em diferenças estatisticamente significativas (valor de  $p < 0,05$ ) entre as categorias; ¥ Mann-Whitney.

### 4.3 Qualidade de Vida por dimensões

#### 4.3.1 Variáveis sócio-demográficas

A dimensão *Doença* não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 6).

A dimensão *Vida independente* não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 6).

Em relação à dimensão *Relações Sociais* (Tabela 6), foram observadas relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) entre esta dimensão e:

- Idade, com valores medianos inferiores na faixa de 60 a 65 anos, sendo significativa na análise post hoc em relação à faixa de idade de 70 anos ou mais, que se mostrou com valores superiores e pior qualidade de vida;
- Escolaridade, onde os analfabetos apresentaram valores medianos e valor máximo maior em relação às demais, como pior qualidade de vida e ainda diferença significativa na análise post hoc, apresentando valores mais elevados que aqueles com ensino fundamental, com melhor qualidade de vida;
- Estado civil, onde casados exibiram valores inferiores e melhor qualidade de vida em relação aos divorciados, diferença significativa na análise post hoc;
- Convívio, onde aqueles que convivem sozinhos, apresentaram pior qualidade de vida quando comparado aos que vivem com filhos ou netos, sendo que conviver com netos apresentou valores baixos e melhor qualidade de vida.

A dimensão *Sentidos* não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 6).

Na dimensão *Bem-Estar Psicológico*, foram observadas (Tabela 6) relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) quando associada às variáveis:

- Escolaridade, onde os analfabetos apresentaram mediana significativamente maior que a exibida por idosos com aqueles com ensino fundamental na análise post hoc;
- Ocupação, onde o idoso aposentado apresentou valores superiores e pior qualidade de vida em relação aos que ainda trabalham;

- Número de netos, onde os idosos que possuíam um neto apresentaram mediana significativamente menor e melhor qualidade de vida, quando comparada aos demais (valor de  $< 0,05$ ) na análise post hoc.



com você?										
Sozinho	2 (1-2)	0,516	7 (0-9)	0,180	2 (1-3)	0,580	1 (0-2)	0,580	3,5 (0-5)	0,399
1 a 3 pessoas	3 (0-5)		1,5 (0-8)		1 (0-5)		2 (0-5)		3 (0-5)	
4 a 6 pessoas	2,5 (0-3)		0 (0-7)		1 (0-6)		1,5 (0-9)		3,5 (1-6)	
7 a 9 pessoas	3 (0-5)		0,5 (0-7)		0 (0-2)		1 (0-3)		1,5 (1-3)	
Possui filhos?										
Sim. 1 filho	2 (2-3)	0,696	1 (0-7)	0,310	2 (0-3)	0,482	2 (1-3)	0,499	2 (0-5)	0,171
Sim. 2 a 3 filhos	3 (2-4)		0 (0-1)		1,5 (0-6)		3,5 (0-9)		4,5 (3-6)	
Sim. 4 a 5 filhos	1,5 (1-3)		0 (0-9)		0,5 (0-1)		1 (0-2)		2,5 (0-4)	
Sim. 6 ou mais filhos	3 (0-5)		2 (0-8)		1 (0-5)		1 (0-5)		3 (1-5)	
Possui netos?										
Sim. 1 neto	2 (1-2)	0,545	0 (0-7)	0,518	1 (0-3)	0,652	1 (0-2)	0,608	0 (0-5)	0,004
Sim. 2 a 3 netos	3 (3-3)		0 (0-0)		1 (0-2)		1 (0-2)		4 (3-5)	
Sim. 4 a 5 netos	1 (0-4)		1 (0-8)		0 (0-2)		2 (1-5)		4 (1-4)	
Sim. 6 ou mais netos	3 (0-5)		2 (0-9)		1 (0-6)		1 (0-9)		3 (1-6)	

(\*) ≠ Mann-Whitney(Doença – Vida Independente – Sentidos) (\*\*) *Post hoc Dunn-Bonferroni*: letras iguais implicam em diferenças estatisticamente significativas (valor de  $p < 0,05$ ) entre as categorias; ≠ Mann-Whitney. (Relações Sociais – Bem-Estar Psicológico)

#### 4.3.2 Caracterização clínica e de estilo de vida

Quanto à dimensão *Doença* (Tabela 7), foram observadas relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) entre esta dimensão e:

- Presença de doença crônica, sendo esta dimensão melhor naqueles idosos sem doença (mediana = 0, máximo = 1) e pior nas demais.

A dimensão *Vida Independente* não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 7).

Quanto à dimensão *Relações Sociais* (Tabela 7), foram observadas relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) entre esta dimensão e:

- Dificuldade de locomoção, sendo esta dimensão melhor naqueles idosos sem dificuldade (mediana = 0, máximo = 2) e pior naqueles que apresentam dificuldade pela idade (mediana = 3, máximo = 6).

- Presença de doença crônica, sendo melhor naqueles idosos sem doenças (mediana = 0, máximo = 2) e pior naqueles com diabetes (mediana = 3,5, máximo = 6).

- Acesso às tecnologias, os idosos sem acesso às tecnologias apresentaram pior qualidade de vida nesta dimensão (mediana = 5,5, máximo = 6) e melhor naqueles que têm acesso (mediana = 1).

A dimensão *Sentidos* (Tabela 7) apresentou relações estatisticamente significantes (valor de  $p < 0,05$ ) com o acesso às tecnologias, onde os idosos sem acesso apresentaram medianas superiores (mediana = 5,5) e pior qualidade de vida que os idosos com acesso (mediana = 1, máximo = 5).

A dimensão *Bem-Estar Psicológico* não apresentou diferenças estatisticamente significantes (Tabela 7).

Tabela 7. Relação entre as dimensões da Qualidade de Vida e caracterização clínica e de estilo de vida de idosos do bairro Itapéua no município da Raposa, Maranhão, Brasil.

Variáveis	Doença	Valor de p	Vida Independente	Valor de p	Relações Sociais	Valor de p	Sentidos	Valor de p	Bem-Estar Psicológico	Valor de p
	Mediana (Mín-Máx)		Mediana (Mín-Máx)		Mediana (Mín-Máx)		Mediana (Mín-Máx)		Mediana (Mín-Máx)	
Participação de grupos sociais										
Não Religiosos	3 (1-4) 2,5 (0-5)	0,709¥	1 (0-9) 2 (0-8)	0,668¥	1,5 (0-5) 0 (0-6)	0,136¥	2 (0-5) 1 (0-9)	0,659¥	4 (0-5) 3 (0-6)	0,449¥
Dificuldade de locomoção										
Não	2 (0-4)	0,092	1 (0-8)	0,736	0 (0-2) <sup>a</sup>	0,044	1 (0-5)	0,186	2 (0-5)	0,194
Sim. Pela idade	2,5 (2-5)		4 (0-7)		3 (0-6) <sup>ab</sup>		2 (1-9)		4,5 (1-6)	
Sim. Sequelas de doença	3 (0-5)		2 (0-9)		1 (0-5) <sup>b</sup>		1 (1-3)		4 (1-5)	
Sim. Sequelas de acidente	0 (0-0)		5 (5-5)		2 (2-2)		2 (2-2)		3 (3-3)	
Sim. Deficiência física de nascença	3 (3-3)		1 (1-1)		2 (2-2)		3 (3-3)		2 (2-2)	
Presença de doença crônica										
Não	0 (0-1) <sup>abcd</sup>	0,001	5 (0-8)	0,160	0 (0-2) <sup>a</sup>	0,007	1 (0-2)	0,116	2 (1-3)	0,558
Sim. Hipertensão	3 (1-4) <sup>a</sup>		1 (0-7)		1 (0-5) <sup>b</sup>		2 (0-5)		3,5 (0-5)	
Sim. Doença cardiovascular	4 (4-4) <sup>b</sup>		4,5 (1-8)		1 (1-1)		3,5 (2-5)		2,5 (1-4)	
Sim. Doença renal crônica	2 (0-5) <sup>c</sup>		5 (0-9)		0 (0-2) <sup>c</sup>		1 (1-1)		2 (1-4)	
Sim. Diabetes	3 (2-5) <sup>d</sup>		3,5 (0-7)		3,5 (2-6) <sup>abc</sup>		2 (1-9)		3,5 (1-6)	
Transporte ao posto de saúde										
Transporte público	2,5 (0-5)	0,572	4,5 (0-7)	0,366	0 (0-3)	0,119	0,5 (0-1)	0,113	3 (1-5)	0,306
Andando sem dificuldade	2 (0-4)		0 (0-8)		0 (0-2)		2 (0-3)		1 (0-5)	
Locomoção própria (carro/moto)	3 (0-5)		1 (0-8)		1,5 (0-6)		2 (0-9)		3,5 (1-6)	
Andando com dificuldade	2 (0-4)		5 (0-9)		2 (1-4)		2 (1-3)		3 (1-4)	
Acesso à tecnologia										
Não	2,5 (2-3)	0,901	0,5 (0-1)	0,548	5,5 (5-6) <sup>ab</sup>	0,001	5,5 (2-9) <sup>ab</sup>	0,008	4,5 (3-6)	0,131
Sim. Televisão	3 (0-5)		1 (0-8)		1 (0-3) <sup>a</sup>		1 (0-5) <sup>a</sup>		3 (1-5)	
Sim. Televisão e celular	2 (0-4)		2 (0-9)		1 (0-4) <sup>b</sup>		2 (0-5) <sup>b</sup>		3 (0-5)	
Uso de mídia social										
Não	3 (0-5)	0,665¥	1 (0-9)	0,368¥	1 (0-6)	0,386¥	2 (0-9)	0,658¥	3 (0-6)	0,215¥
Sim. Whats App	3 (3-3)		0 (0-0)		0 (0-0)		1 (1-1)		1 (1-1)	

(\*) *Post hoc Dunn-Bonferroni*: letras iguais implicam em diferenças estatisticamente significativas (valor de p < 0,05) entre as categorias; ¥ Mann-Whitney. (Doença – Relações Sociais) (\*\*) ¥ Mann-Whitney (Vida Independente – Sentidos – Bem-Estar Psicológico).

## 5CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo pretendeu-se avaliar a qualidade de vida dos idosos de Itapéua no município da Raposa – MA / Brasil e seus fatores associados, onde prevaleceram idosos com 71 anos ou mais, gênero feminino, com ensino fundamental, residentes em imóvel próprio, casados, aposentados, com renda mensal de R\$ 500,00 a 1000,00, que convivem com 1 a 3 pessoas e que possuem 6 filhos ou mais e mesmo número de netos, predominantemente idosos ligados a grupos religiosos, sem dificuldade de locomoção, maioria com quadro hipertensivo, com locomoção própria para acesso ao posto de saúde, utiliza televisão e não utilizam nenhuma mídia social.

Dentre as dimensões de Qualidade de Vida, a amostra apresentou valores moderados das dimensões, como na Doença e Bem-Estar Psicológico e valores menores em Vida Independente e Relações Sociais e Sentidos, por tanto melhor qualidade de vida nestas dimensões. A Qualidade de Vida Geral também apresentou valores moderados.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas e as dimensões de qualidade de vida Doença, Vida independente e Sentidos, a dimensão Relações Sociais demonstrou se relação significativamente com a idade, escolaridade, estado civil e convívio, e o Bem-Estar Psicológico, apresentou relação significativa com escolaridade, ocupação e possuir netos. A Qualidade de Vida Geral se mostrou relacionada com idade, escolaridade e ocupação.

Em relação aos dados clínicos e de estilo dos idosos avaliados, não houve relação estatisticamente significativa em relação às dimensões Vida Independente e Bem-Estar Psicológico, a dimensão Doença se relacionou significativamente com a presença de doenças crônicas, a dimensão Relações Sociais, se relacionou com a dificuldade de locomoção, presença de doença crônica e acesso às tecnologias, assim como a dimensão Sentidos. A Qualidade de Vida Geral se relacionou significativamente com a dificuldade de locomoção e presença de doenças crônicas. Existem poucos dados na literatura que corroborem ou discordem dos achados desta pesquisa, uma vez que se trate de um instrumento pouco difundido em estudos realizados com esta população (idosos brasileiros).



As características demográficas e socioeconômicas dos idosos desta pesquisa seguem a tendência nacional, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nos últimos censos populacionais, verificando-se prevalência de mulheres idosas, baixa escolaridade e renda, aposentados e dados de convivência, como residência com familiares e número de filhos elevado (IBGE, 2012).

Nossos dados ainda corroboram, mesmo se tratando de uma população brasileira, com os do estudo de Luiza (2014; 2017), cuja amostra totalizou 300 pessoas, com idades compreendidas entre 60 e 90 anos, majoritariamente mulheres (77%), aposentados (84,7%), casados (57%), nível de escolaridade baixo ou médio (ensino básico 34%), convivência com companheiros (47,3%), 10,3% com o cônjuge e filhos, sozinhos (27%).

No estudo de Correa (2015), foi verificada relação estatisticamente significativa entre gênero, onde o masculino apresentou melhor qualidade de vida na dimensão Doença, cuja média foi superior que no gênero feminino, dados diferentes de nossa pesquisa. Mas corrobora com a literatura, onde mulheres tendem a ter pior qualidade de vida que homens (Oliveira *et al.* 2010).

Correa (2015) ainda verificou os resultados obtidos evidenciam que as pessoas com ensino fundamental apresentam melhor qualidade de vida percebida, em todas as dimensões, incluindo na dimensão global, à exceção da dimensão Relações Sociais, sendo que em nossa pesquisa, esta dimensão, bem como a Qualidade de Vida Global apresentam relação estatisticamente significativa com a escolaridade.

Comparando este estudo à pesquisa realizada por Ermel *et al.* (2017), que confrontou características sóciodemográficas e a qualidade de vida entre idosos brasileiros e portugueses, observa-se que, assim como em nossa pesquisa, no que tange a prevalência de mulheres, 71,9% portuguesas e 57,8% brasileiras, sendo estes últimos valores mais próximos do verificado em nosso estudo, seguindo o apontado sobre a expectativa de vida da mulher ser superior a do homem. Em ambos os países, e assim como em nossos achados, predominaram idosos com 70 anos ou mais, 79% e 59%, Portugal e Brasil, respectivamente.

Estudos são taxativos ao alegarem que a situação sócioeconômica desempenha um papel fundamental na determinação das condições de saúde das pessoas, estando diretamente relacionada com a qualidade de vida (Alves e

Rodrigues, 2005; Santos e Virtuoso Júnior, 2017). Os problemas financeiros reduzem o bem-estar em idosos (Mantovani, Lucca e Neri, 2015). Porém, nossos achados não demonstraram relação de uma pior qualidade de vida, tanto nas dimensões analisadas, quanto na Qualidade de Vida Global, com a renda baixa, o que pode ser atribuído ao fato de que o bairro estudado faz parte da região metropolitana da capital, com baixo custo de vida.

Conforme o estudo de Luiza (2014; 2017), que utilizou o questionário IAQdV, foi observado que a percepção de melhor QdV depende fatores como: coabitação de cônjuge e filhos, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade, dados que foram semelhantes aos nossos achados. Na análise da autora quanto a resposta sobre percepção da QdV, a maioria opta pela categoria neutra (46%) e boa (45%), apenas 3,7% responde má e 1% considera muito má. Nessa análise de percepção da qualidade de vida, embora não avaliada em nossos estudos, pode trazer uma reflexão quanto os resultados, observando nos resultados da autora, que, os casados consideram a sua qualidade de vida melhor que os viúvos, os solteiros ou os divorciados, aqueles que vivem com cônjuge ou cônjuge e filhos percebem a sua qualidade de vida como melhor em relação aos demais, os que têm um grau de escolaridade mais elevado, bem como os aposentados consideram a sua QdV melhor do que os restantes.

Nossa pesquisa não observou relação estatisticamente significativa entre as dimensões e a qualidade de vida e participação em grupos sociais, dados contrários aos estudos de Niedzwiedz *et al.* (2016) e Hornby-Turner, Peel e Hubbard (2017) onde os dados mostram a participação em atividades sociais como elemento favorecedor das avaliações de qualidade de vida, graças à associação com maior independência e autonomia, com melhor saúde mental, com menor risco de solidão, e com resolução de problemas.

A Qualidade de Vida Global apresentou valores elevados nos idosos com diabetes, fato este pode ser explicado pela análise dos dados de Tavares, Côrtes e Dias (2011) e Tavares, Côrtes e Dias (2010) envolver idosos diabéticos, onde esta população apresenta índice de qualidade de vida inferiores em relação à idosos saudáveis. Souza *et al.* (2005) verificaram que indivíduos com diabetes apresentam deterioração no estado de saúde com o passar do tempo, essa situação pode causar redução da qualidade de vida, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores e falta de vitalidade (FARIA *et al.*

2013). Da mesma forma, como verificado no estudo de Rodrigues *et al.* (2016), que averiguou que quanto maior o número de morbidades, menores os escores no domínio físico da qualidade de vida, uma vez que quanto maior o número de morbidades maior a suscetibilidade de comprometimento físico, motor e aumento das limitações (Barcelos-Ferreira, Izbicki, Steffens e Bottino, 2010), por tanto, comprometendo a qualidade de vida.

A dimensão Relações Sociais apresentou relação significativa com estado civil, onde maiores medianas foram verificadas em divorciados e menores em casados, conforme o estudo de Marchiori, Dias e Tavares (2013), que comparam idosos com e sem companheiros e foi verificado que os idosos que são casados ou que têm companheiro apresentaram melhora na qualidade de vida no domínio Ambiental.

Em nossa pesquisa, observamos maiores valores na dimensão Relações sociais naqueles idosos que utilizam transporte público como meio de transporte ao posto de saúde, o que é corroborado pelo estudo de Marchiori, Dias e Tavares (2013), que verificaram melhor qualidade de vida em idosos residentes na zona urbana, que comparado aos rurais e residentes em pequenas cidades, que estão menos sujeitos a pressões psicológicas do dia a dia, como depender de transporte público (Reis *et al.* 2015).

Foram observados valores elevados na dimensão Relações Sociais e Qualidade de Vida Geral em idosos com mais de 71 anos ou mais, dados verificados nos estudos de Demakakos, McMunn e Stepto (2010) e Hamren, Chungkham e Hyde (2015), onde a pior qualidade de vida é notada entre os participantes mais idosos. Podendo ser ponderado que o fato de estarem mais expostos a incapacidades advindas de doenças crônicas, dor crônica e depressão (Conde-Sala, Portellano-Ortiz, Calvó-Perxas e Garre-Olmo, 2017; Li *et al.* 2014; Shankar, McMunn, Demakakos, Hamer e Steptoe, 2017) e, por tanto, apresentando prejuízos na autonomia que pessoas de menos de 60 anos.

Em nossos achados, foram verificadas relações significativas entre as dimensões Relações Sociais, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida Geral e a baixa escolaridade, dados corroborados pelos estudos de Shankar *et al.* (2017) e Conde-Sala *et al.* (2017), que também verificaram esta relação. O baixo nível socioeconômico e o baixo capital social permitirem apenas a satisfação das necessidades humanas mais básicas, o que lhes impediria de aspirar à satisfação

de necessidades de ordem superior, sendo estas condições estressoras, reduzindo recursos pessoais de resiliência (Gildner *et al.* 2016).

Foram relacionadas significativamente dificuldade de locomoção e a dimensão Relações Sociais e Qualidade de Vida Global, assim como no estudo de Griffith *et al.* (2017), onde mais da metade dos idosos afirmaram ter algum grau de limitação quanto à mobilidade, fato que é acrescido com o decorrer da idade. A mobilidade reduzida associa-se com desfechos negativos em saúde, como pior qualidade de vida e mortalidade prematura, sendo a mobilidade um elemento crítico ao bem-estar dos idosos. A associação entre ausência de dificuldade em locomoção e melhor qualidade vida observada nesta pesquisa é, portanto, condizente com a literatura.

Sendo a dimensão Relações Sociais relacionada significativamente à idade, escolaridade, estado civil, convívio, dificuldades de locomoção, presença de doença crônica e acesso às tecnologias, apresentando valores superiores dentre os mais idosos, os analfabetos, divorciados, vivencia solitária, presença de dificuldade de locomoção, portadores de doenças crônicas e sem acesso às tecnologias, a dimensão apresenta maior impacto na população estudada.

Conforme English e Carstensen (2014), na linha da teoria de seletividade sócioemocional, a rede de relações sociais sofre redução na velhice, que em face da redução da expectativa de futuro, os idosos tendem a manter as relações que trazem conforto emocional e rejeitar as que não trazem. A mesma teoria explicada no estudo de Neri *et al.* (2018), onde o contato com amigos é mais importante para o bem-estar de adultos e o contato com familiares é mais importante para o bem-estar de idosos.

## 6 CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se avaliar a qualidade de vida dos idosos de Itapéua no município da Raposa, Maranhão e esta pesquisa comprova que o termo qualidade de vida é multidimensional e que envolve diversos fatores sociais, econômicos e clínicos.

Como se tratou de uma amostra pequena, não pode haver generalização dos resultados obtidos, mas, tendo em conta a amostra utilizada, este estudo permitiu verificar que a Qualidade de Vida Global se relacionou à idade, escolaridade, ocupação, dificuldade de locomoção e à presença de doenças crônicas, a dimensão Relações Sociais apresentou relação com idade, escolaridade, estado civil, convívio, dificuldade de locomoção, presença de doença crônica e acesso às tecnologias, a dimensão Bem-Estar Psicológico apresentou relação com escolaridade, ocupação e número de netos, a dimensão Sentidos apresentou relação com acesso às tecnologias e não houve relação das variáveis avaliadas e as dimensões Doenças e Vida Independente.

Sendo observados valores intermediários nas dimensões de qualidade de vida e na Qualidade de Vida Geral, o que requer acompanhamento da população idosa a fim de evitar piora na qualidade de vida, para tanto, é essencial acompanhamento familiar, fortalecimento da rede social e acompanhamento de doenças crônicas, esse acompanhamento pode contribuir com o avanço nas políticas públicas como foco no idoso.

Sugere-se que estudos concomitantes com outros instrumentos de avaliação de qualidade de vida e acompanhamento prospectivo para avaliação dos fatores influenciadores na qualidade de vida, e ainda avaliação de níveis de ansiedade e depressão, que podem trazer um diagnóstico mais completo quanto o estado de saúde psicológico de idosos.

## REFERENCIAS

- Alves, L. C., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 333-341.
- Arruda, M. (2008). Crescimento, desenvolvimento e aptidão física. *Encontro Interdisciplinar: dependência química, saúde e responsabilidade social; educando e transformando através da educação física*. Campinas, 03-04.
- Assumpção, F. B., Kuczynski, E., Sprovieri, M. H., & Aranha, E. M. (2000). Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq neuropsiquiatr*, 58(1), 119-127.
- Barcelos-Ferreira, R., Izbicki, R., Steffens, D. C., & Bottino, C. M. (2010). Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 22(5), 712-726.
- Borges, M. C. M. (2003). O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: *Alínea*, 80-104.
- Brandão, V. C., & Zatt, G. B. (2015). Percepção de idosos, moradores de uma instituição de longa permanência de um município do interior do Rio Grande do Sul, sobre qualidade de vida. *Aletheia*, (46).
- Brasil (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, 2006a.
- Brasil (2006b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006b, 76 p.
- Brasil (2008a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2008a. 246 p.
- Brasil (2008b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento. Brasília, 2008b.
- Brasil (2009b). Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília/DF: MS.

Brasil (2010a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília.

Brasil (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília.

Brasil (2010c). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília-DF.

Brasil (2012). Portal do Governo. Brasil fará parte de pesquisa internacional sobre idoso. Disponível em < <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/10/brasil-fara-parte-de-pesquisa-internacional-sobre-idoso> > Acesso 16 nov. 2017

Brasil (2012c). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Agente comunitário de saúde. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php?conteudo=agente\\_comunitario\\_sau](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_sau) Acesso em: 21 abr. 2017.

Brasil (2016). Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude> > Acesso 14 out. 2017.

Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *CNESnet. Estabelecimento de Saúde*. Disponível em <[http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2109453433250](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2109453433250) > Acesso em: 18 nov. 2018.

Brasil. (1988). Constituição federal. São Paulo: *Revista dos Tribunais*.

Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. *Diretoria de Estudos Sociais do IPEA*. Brasília. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf) > Acesso 14 nov. 2017.

Castro, D. C., Nunes, D. P., Pagotto, V., Pereira, L. V., Bachion, M. M., & Nakatani, A. Y. K. (2016). Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. *Ciênc Cuid Saúde*, 15(1), 109-17.

Cavalli, L., Freiberger, C., Krause, K., & Nunes, M. (2011). Principais alterações fisiológicas que acontecem nos idosos: uma revisão bibliográfica. *Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão*, 16.

Cipriani, N. C. S., Meurer, S. T., Benedetti, T. R. B., & Lopes, M. A. (2010). Aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*, 12(2), 106-111.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). Legislação do SUS. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília.

Conde-Sala, J. L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., & Garre-Olmo, J. (2017). Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Quality of Life Research*, 26(4), 1059-1070.

Correia, T.M.M. (2015). Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos. 2015. *Doutorado em Gerontologia Social*. Universidade Católica Portuguesa, Centro regional de Braga.

Costa, E. F. D. A., & Pereira, S. R. M. (2005). Meu corpo está mudando o que fazer. *Tempo rio que arrebatá*, 13-25.

Cruz, F. (2008). Atividade física para idosos: apontamentos teóricos e propostas de atividades. *Sorocaba-SP: Minelli*.

Deepask (2018). IDH Municipal: Veja Índice de Desenvolvimento Humano por cidade do Brasil - Raposa, MA. Disponível em:  
<<http://www.deepask.com/goes?page=raposa/MA-Veja-o-IDH-Municipal---indice-de-desenvolvimento-humano---do-seu-municipio> >

Demakakos, P., McMunn, A., & Steptoe, A. (2008). Well-being in older age: a multidimensional perspective. *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The*, 115-177.

Dias, A. M. (2007). O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso. *Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho*. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí-SC.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542.

English, T., & Carstensen, L. L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International journal of behavioral development*, 38(2), 195-202.

Ermel, R. C., Caramelo, A. C., Fracolli, L. A., Ortiz, F. V. B. C., Zutin, T. L. M., Gianini, S. H. S., ... & Dorvalino, J. S. (2017). Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health ISSN*, 2178, 2091.



Esquenazi, D., Silva, S. B. D., & Guimarães, M. A. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, Rio de Janeiro, 13(2);11-20.

Faria, H. T. G., Veras, V. S., da Franca Xavier, A. T., de Souza Teixeira, C. R., Zanetti, M. L., & dos Santos, M. A. (2013). Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 348-354.

Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Inter Science Place*, 1(20).

Fernandes, M. T. O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1494-1502.

Ferreira, A. B. H. (2017). Dicionário Aurélio de Português Online. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/qualidade>. Acesso em: 15 out. 2018.

Ferreira, L. (2005). Efeitos no envelhecimento, do nível de atividade física e do treinamento com exercícios resistidos sobre a força muscular máxima diferenciada entre membros superiores e inferiores em mulheres. *Graduação em Educação Física*. Universidade Estadual Paulista. Instituto de Biociências. São Paulo-SP.

Ferreira, R. M., de Almeida, K. C. M., dos Reis Filho, A. D., Serafim, M. L., Fett, C. A., & Fett, W. C. R. (2009). Balé adaptado: efeitos sobre as aptidões física em idosas. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFE)*, 3(14), 12.

Figueiredo, E. N. D. (2012). A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. *Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP*.

Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds), **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)–Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Psychologica*, 373-388.

Freitas, E. V. D., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. D. (2002). Tratado de geriatria e gerontologia. In *Tratado de geriatria e gerontologia*.

Garcia, P. A. (2008). Sarcopenia, mobilidade funcional e nível de atividade física em idosos ativos da comunidade. *Universidade Federal de Minas Gerais*. Dissertação. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais. BH-MG.

Gil, A. C. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. *São Paulo*, 5(61), 16-17.

Gildner, T. E., Liebert, M. A., Capistrant, B. D., D'Este, C., Snodgrass, J. J., & Kowal, P. (2016). Perceived Income Adequacy and Well-being Among Older Adults in Six Low-and Middle-Income Countries. *The Journals of Gerontology: Series B*.

Gonçalves, H.A. (2005). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Avercamp.

Griffith, L. E., Raina, P., Levasseur, M., Sohel, N., Payette, H., Tuokko, H., ... & Patterson, C. (2017). Functional disability and social participation restriction associated with chronic conditions in middle-aged and older adults. *J Epidemiol Community Health*, 71(4), 381-389.

Guia. Guia De Turismo Brasil (2018). Raposa – MA. Disponível em <<https://www.guiadoturismobrasil.com/cidade/MA/421/raposa> >

Guyton, A. C., Hall, J. E. (2006). *Tratado de fisiologia médica*. Elsevier Brasil.

Hamren, K., Chungkham, H. S., & Hyde, M. (2015). Religion, spirituality, social support and quality of life: Measurement and predictors CASP-12 (v2) amongst older Ethiopians living in Addis Ababa. *Aging & mental health*, 19(7), 610-621.

Hornby-Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: a systematic review. *BMJ open*, 7(5), e013226.

Hoyer, W. J; Roodin, P. A. (2003). *Desenvolvimento de adultos e envelhecimento*. The McGraw-Hill. New York.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017). Notícias. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/2013-agencia-de-noticias/releases/9490-em-2015-esperanca-de-vida-ao-nascer-era-de-75-5-anos.html> > Acesso em: 14 out. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf> > Acesso 14 out. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012.

ILC. Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015). Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. Envelhecimento Ativo: um Marco Político em resposta à Revolução da Longevidade. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://ilcbrazil.org/portugues/wp->

content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil\_web.pdf> Acesso em 14 nov. 2018.

Kalache, A., & Sen, K. (2017). Ageing and health. In *The ageing and development report* (pp. 77-88). Routledge.

Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007.

Li, C. I., Lin, C. H., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., ... & Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC Public Health*, 14(1), 1013.

Lima, C. R. V. (2011). Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. Monografia. Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor, Brasília-DF.

Luísa, C. (2014). *Teorias Leigas sobre Saúde e Doença e Conceitos Relacionados em Pessoas Idosas*. Huelva: Universidade de Huelva.

Luísa, C. (2017). Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. *Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicossoma.

Mantovani, E. P., Lucca, S. R. D., & Neri, A. L. (2015). Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3653-3668.

Marchiori, G. F., Dias, F. A., & Tavares, D. M. D. S. (2013). Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. *Rev. enferm. UFPE on line*, 7(4), 1098-1106.

Mazini Filho, M. L., Zanella, A. L., Aidar, F. J., da Silva, A. M. S., da Silva Salgueiro, R., & de Matos, D. G. (2010). Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(1).

Minayo, M. C. D. S., & Coimbra Júnior, C. E. (2002). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In *Antropologia, saúde e envelhecimento*. 11-24.

Monken, M., & Barcellos, C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 898-906.

Mota, S., Rouquayrol, M. Z; Silva, M. G. C. (2013). Saúde ambiental. *Epidemiologia & saúde*, 7, 383-399.

Motta, L. B. D. (2014). *Saúde da pessoa idosa: fisiologia do envelhecimento*. Unasus-UFMA.

Neri, A L; Freire, S. A. (Orgs.). (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000.

Neri, A. L., Borim, F. S. A., Fontes, A. P., Rabello, D. F., Cachioni, M., Batistoni, S. S. T & Lima-Costa, M. F. (2018). Fatores associados à qualidade de vida percebida em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 52(Suppl 2).

Nettina, S. M. (2007). *Prática de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. vol. 2.

Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?. *Preventive medicine*, 91, 24-31.

Oliveira, C. M. S. (2011). Perfis Psicogerítricos dos idosos com apoio institucional no concelho de Pombal. *Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social*. Instituto Superior Bissaya Barreto da Fundação Bissaya Barreto.

OMS. Organização Mundial de Saúde (2009). *Envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade*. Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Trad. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa-PT.

Onaga J. K. (2007). Quedas em idosos: principais causas e conseqüências. *Saúde coletiva*, 4(17).

ONU. Nações Unidas no Brasil (2017). A ONU e as pessoas idosas. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/> > Acesso 14. nov. 2017.

Pacheco, J. L. (2005). Sobre aposentadoria e envelhecimento. In *Tempo: rio que arrebatada* (59-73).

Padoin, P. G., Gonçalves, M. P., Comaru, T., & Silva, A. M. V. D. (2010). Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. *O mundo da saúde*, 34(2), 158-64.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. *Envelhecer em Portugal*, 21-41.

Pícoli, T. S., de Figueiredo, L. L., & Patrizzi, L. J. (2017). Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioterapia em Movimento*, 24(3).

Pícoli, T. S., Figueiredo, L. L., & Patrizzi, L. J. (2011). Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioterapia em Movimento*, 24(3), 455-462.

Pinto, F. N. F., & de Oliveira, D. C. (2015). Capacidade funcional e envolvimento social em idosos: há relação? *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 12(1).

Reis, S. P., Abrahão, G. S., Cortes, R. M., de Carvalho, E. E. V., Abdalla, D. R., Abdalla, G. K., ... & Abrahão, D. P. S. (2015). Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. *Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde*, 1(2), 3.

Rodrigues, W. K. M., Rocha, S. V., Vasconcelos, L. R. C., & de Oliveira Diniz, K. (2015). Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do nordeste do Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(1), 126-132.

Rodrigues, L. R., Tavares, D. M.S, Silveira, F. C. O., Dias, F. A., & Martins, N. P. F. (2016). Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2).

Rodrigues, W. C. (2007). Metodologia científica. *Faetec/IST. Paracambi*, 2-20.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.

Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., & Murray, C. J. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2144-2162.

Santos, A. M. M., & Virtuoso Júnior, J. S. (2017). Fatores associados à baixa qualidade de vida em mulheres idosas residentes no município de Jequié–BA. *Arquivos de Ciências do Esporte*, 3(1).

Schimith, M. D., & Lima, M. A. D. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1487-1494.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.

Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health psychology*, 36(2), 179.

Shephard, R. J. (2003). Envelhecimento, atividade física e saúde. In *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte.

Silva, A., & Dal Prá, K. R. (2014). Envelhecimento populacional no Brasil: elementos para pensar o lugar das famílias na proteção dos idosos. *Argumentum*, 6(1), 99-115.

Silva, L. W. S., dos Santos, R. G., Squarcini, C. F. R., de Souza, A. L., de Azevedo, M. P., & Barbosa, F. N. M. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. *Revista Kairós: Gerontologia*, 14, 145-166.

Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Lea, P. J. P., & Davis, S. A. (2005). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and theory for nursing practice*, 19(3), 217.

Tavares, D. M. D. S., Côrtes, R. M., & Dias, F. A. (2010). Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev. enferm. UERJ*, 97-103.

Tavares, D. M.S, Côrtes, R. M., & Dias, F. A. (2011). Qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(2), 290-297.

UNRIC. Centro Regional de Informação das Nações Unidas (2017). Envelhecimento. Disponível em < [www.unric.org/pt/envelhecimento](http://www.unric.org/pt/envelhecimento) > Acesso em: 14 out. 2017 .

Valdés, J. V. (2014). Situación del adulto mayor en contexto mundial, latinoamericano y Cuba. Havana, Cuba, mar.

WHO. World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad.: Suzana Gontijo. *Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS*. Brasília.

## APÊNDICES

## Apêndice A - Questionário – Socioeconômico/Demográfico



# CATOLICA

## FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

### QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

#### INSTRUÇÕES

Por favor, em cada questão coloque um círculo à volta da alternativa que melhor descreve a sua situação.

**1 Idade:**

- A. 60 a 65 anos.
- B. 66 a 70 anos.
- C. 71 anos ou mais.

**2 Sexo:**

- A. Masculino
- B. Feminino

**3 Escolaridade:**

- A. Analfabeto.
- B. Ens. Fundamental Completo.
- C. Ens. Fundamental Incompleto.
- D. Ens. Médio Completo.
- E. Ens. Médio Incompleto
- F. Ens. Técnico.
- G. Superior.

**4 Tipo de Moradia:**

- A. Própria.
- B. Aluguel.
- C. Parentes.
- D. Amigos.

**5 Estado Civil:**

- A. Casado.
- B. Viúvo.
- C. Solteiro.
- D. Divorciado.
- E. Outras situações.

**6 Ocupação:**

- A. Aposentado.
- B. Trabalha.
- C. Aposentado e continua a trabalhar.
- D. Não trabalha.

**7 Renda:**

- A. Recebe Bolsa Família.
- B. Aposentadoria.
- C. Salário.
- D. Não possui renda.

**8 Renda mensal familiar (em Reais):**

- A. Menos de 100,00.
- B. De 200,00 a 500,00.
- C. De 500,00 a 1.000,00.
- D. De 1.000,00 a 2.000,00.
- E. Mais de 2.000,00.

**9 Convívio:**

- A. Sozinho.
- B. Mora com o companheiro.
- C. Mora com os filhos.
- D. Mora com os netos.
- E. Mora com amigos.

**10 Quantas pessoas moram com você?**

- A. Sozinho.
- B. 1 a 3 pessoas.
- C. 4 a 6 pessoas.
- D. 7 a 9 pessoas.
- E. Mais de 9 pessoas.



**11 Possui filhos?**

- A. Não.
- B. Sim. 1 filho.
- D. Sim. 2 a 3 filhos.
- E. Sim. 4 a 5 filhos.
- F. Sim. 6 ou mais filhos.

**12 Possui netos?**

- A. Não
- B. Sim. 1 neto.
- C. Sim. 2 a 3 netos.
- D. Sim. 4 a 5 netos.
- E. Sim. 6 ou mais netos.

**13 Participa de grupos sociais?**

- A. Não.
- B. Religiosos.
- C. Grupos de Saúde (Hipertenso e/ou diabetes e/ou saúde da mulher ou homem).
- D. Grupos de Idosos.
- E. Culturais.

**14 Possui dificuldade de locomoção?**

- A. Não.
- B. Sim. Pela idade.
- C. Sim. Sequelas de doença.
- D. Sim. Sequelas de acidente.
- E. Sim. Deficiência física de nascença.

**15 Possui doença crônica?**

- A. Não.
- B. Sim. Hipertensão
- C. Sim. Diabetes
- D. Sim. Doença renal crônica
- E. Sim. Doença cardiovascular
- F. Sim. Outras

**16 Como chega ao posto de saúde da sua região?**

- A. Andando sem dificuldade
- B. Andando com dificuldade
- C. Transporte público
- D. Locomoção própria (carro ou moto)

**17 Possui acesso à tecnologia?**

- A. Não
- B. Sim. Televisão
- C. Sim. Televisão e celular
- D. Sim. Televisão, celular e computador

**18 Possui mídia social?**

- A. Não
- B. Sim. WhatsApp
- C. Sim. WhatsApp e Facebook
- D. Sim. WhatsApp, Facebook e Instagram

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

BRAGA

**Título da Pesquisa: Qualidade de vida de idosos da microárea Itapéua no município da Raposa, Maranhão – Brasil**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa a ser realizada que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos da microárea (bairro) Itapéua, no município da Raposa – MA / Brasil.

Esta pesquisa será realizada através da aplicação de questionários socioeconômico, demográfico e IAQDv. Os benefícios deste estudo são: obter conhecimento quanto a qualidade de vida da comunidade do Itapéua e compreender melhor as características da vivência das pessoas com mais de 60 anos.

Sempre que você desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas da pesquisa. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e também, poderá retirar seu consentimento, sem que para isto sofra qualquer penalidade ou prejuízo. Como também, a pesquisa aqui oferecida possui adesão voluntária e sem interesse financeiro, não oferecendo direito a nenhuma remuneração ou ressarcimento de despesas decorrentes da mesma.

Será garantido o sigilo quanto a sua identificação e das informações obtidas pela sua participação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável  
Prof. Dr. António Fonseca Allana Meza V. C. S. S. Pinto

\_\_\_\_\_  
Mestranda

Raposa-MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito ou responsável

ANEXOS

**ANEXO A - CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA PESQUISA NA SEMUS DA  
RAPOSA**



**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

---

BRAGA

Exma. Sr<sup>a</sup> Secretária Municipal de Saúde

Tatiana Santana

Vimos muito respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria a apreciação do nosso projeto de pesquisa para aprovação por esta Secretaria para realizarmos pesquisa no banco de dados em relação a informações sócio-demográfico e econômico e sobre a população idosa do bairro Itapéua.

**Instituição de Ensino:** UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**Orientador:** Professor Doutor António Fonseca

**Pesquisadora:** Allana Meza Veiga Cabral de Sousa Serra Pinto

**Título da pesquisa:** Qualidade de vida de idosos da microárea Itapéua no município da Raposa, Maranhão – Brasil

**Especificação da pesquisa:** Mestrado em Gerontologia Social e Aplicada

Telefones para contato: +55 98 988209996 e +55 98 991170777

E-mail: allanaenfa@gmail.com

Assinatura da pesquisadora: Assinatura do orientador:

Autorizo a pesquisa: \_\_\_\_\_

Raposa/MA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018..

**ANEXO B** – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (IAQdV)**CATÓLICA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS**

BRAGA

---

**INSTRUÇÕES**

Por favor, em cada questão coloque um círculo à volta da alternativa (A. B. C. ou D.) que melhor descreve a sua situação ao longo do último mês.

---

**DOENÇA****1 Em relação ao uso de medicamentos prescritos:**

- A. Normalmente não tomo medicamentos.
- B. Tomo um ou dois medicamentos regularmente.
- C. Necessito de tomar três ou quatro medicamentos regularmente.
- D. Necessito de tomar cinco ou mais medicamentos regularmente.

**2 Necessito de tratamento médico regular (por um médico ou outro profissional de saúde)?**

- A. Não necessito de tratamento médico regular.
- B. Às vezes vou ao médico, mas não necessito de tratamento médico regular.
- C. Necessito de tratamento médico regular.
- D. A minha vida depende de tratamento médico regular.

**VIDA INDEPENDENTE****3 Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?**

*(Por exemplo, andarilho, cadeira de rodas, prótese, etc.)*

- A. Não preciso de ajudas ortopédicas.
- B. Às vezes preciso de ajudas ortopédicas.
- C. Preciso regularmente de ajudas ortopédicas.
- D. Sou obrigado a usar ajudas ortopédicas.

**4 Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?**

- A. Não necessito de ajuda nenhuma.
- B. Necessito às vezes de ajuda em tarefas de cuidados pessoais.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis de cuidados pessoais.
- D. Necessito diariamente de ajuda na maior parte das tarefas de cuidados pessoais.

**5 Quando realizo tarefas domésticas:**

*(Por exemplo, preparar refeições, arrumar roupas, fazer pequenos arranjos.)*

- A. Não necessito de qualquer ajuda.
- B. Às vezes necessito de ajuda.
- C. Necessito de ajuda nas tarefas mais difíceis.
- D. Necessito de ajuda diária na maior parte ou em todas as tarefas.

**6 Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:**

- A. Movimento-me em casa e na rua sozinho(a) sem qualquer dificuldade.
- B. Tenho dificuldade em movimentar-me sozinho(a) tanto em casa como na rua.
- C. Não sou capaz de me movimentar na rua mas consigo movimentar-me em casa, embora com alguma dificuldade.
- D. Não sou capaz de me movimentar nem na rua nem em casa.

**RELAÇÕES SOCIAIS****7 As minhas relações (com os meus amigos, companheiro(a) ou familiares) normalmente:**

- A. São quase sempre muito próximas e afetivas.
- B. São às vezes próximas e afetivas.
- C. Só raramente são próximas e afetivas.
- D. Não mantenho qualquer relação próxima e afetiva.

**8 Pensando sobre a minha relação com outras pessoas:**

- A. Tenho amigos e nunca ou raramente me sinto só.
- B. Embora tenha amigos, por vezes sinto-me só.
- C. Tenho alguns amigos mas sinto-me muitas vezes só.
- D. Estou socialmente isolado e sinto-me só.

**9 Pensando sobre a minha saúde e a minha relação com a família:**

- A. A minha relação com a família não é afetada pela minha saúde.
- B. Alguns aspectos da minha relação com a família são afetados por causa da minha saúde.
- C. Muitos aspectos da minha relação com a família são afetados por causa da minha saúde.
- D. Não consigo relacionar-me adequadamente com a minha família por causa da minha saúde.

**SENTIDOS****10 Pensando sobre a minha visão, já incluindo o uso de óculos ou lentes de contato quando necessários:**

- A. Vejo normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em focar objetos ou não os vejo nitidamente (*por exemplo, letra pequena, um jornal, objetos à distância*).
- C. Tenho muita dificuldade em ver; a minha visão está enevoada (*por exemplo, consigo ver só o suficiente para me desembaraçar*).
- D. Só vejo objetos como formas gerais ou sou cego (*por exemplo, necessito de um guia para me movimentar*).

**11 Pensando sobre a minha audição, incluindo o uso de aparelho auditivo se necessário:**

- A. Ouço normalmente.
- B. Tenho alguma dificuldade em ouvir ou não ouço com clareza (*por exemplo, peço às pessoas que falem mais alto, aumento o volume da TV ou do rádio*).
- C. Tenho dificuldade em ouvir com clareza (*por exemplo, por vezes não entendo o que foi dito, não costumo participar em conversas porque não consigo ouvir o que está a ser dito*).
- D. De facto, ouço muito mal (*por exemplo, não consigo entender pessoas a falar em voz alta e diretamente para mim*).

**12 Quando comunico com outros:**

*(Por exemplo, falando, ouvindo, escrevendo ou utilizando sinais.)*

- A. Não tenho dificuldade em falar com outros ou em compreender o que me dizem.
- B. Tenho alguma dificuldade em me fazer entender por pessoas que não me conhecem, mas não tenho qualquer problema em compreender o que me dizem.
- C. Só me compreende quem me conhece bem; tenho muitos problemas em compreender o que me dizem.
- D. Não consigo comunicar adequadamente com outros.

**BEM-ESTAR PSICOLÓGICO****13 Pensando sobre a forma como durmo:**

- A. Sou capaz de dormir sem dificuldade a maior parte das vezes.
- B. O meu sono é interrompido algumas vezes, mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- C. O meu sono é interrompido a maior parte das noites, mas, normalmente, consigo adormecer de novo sem dificuldade.
- D. Tenho problemas de sono (durmo apenas curtos períodos; permaneço acordado a maior parte da noite).

**14 Pensando sobre a forma como me sinto em termos gerais:**

- A. Não me sinto ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- B. Sinto-me ligeiramente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- C. Sinto-me moderadamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).
- D. Sinto-me extremamente ansioso(a), preocupado(a) ou deprimido(a).

**15 Quanta dor ou desconforto é que sinto?**

- A. Nenhuma.
- B. Sinto dor moderada.
- C. Sinto dor severa.
- D. Sinto dor insuportável.