

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL  
UFSC/UNOCHAPECÓ E ASSOCIADAS  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ROSIMERI GEREMIAS FARIAS**

**QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM  
IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da  
Universidade Federal de Santa Catarina

F224q Farias, Rosimeri Geremias

Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos  
mais idosos residentes na comunidade [dissertação]  
/ Rosimeri Geremias Farias ; orientadora, Silvia Maria  
Azevedo dos Santos. - Florianópolis, SC, 2010.  
195 p.: grafs., figuras

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Idosos. 3. Envelhecimento. 4.  
Qualidade de vida. I. Santos, Silvia Maria Azevedo dos.  
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**ROSIMERI GEREMIAS FARIAS**

**QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM  
IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem na área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Silvia Maria de Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado, o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS  
2010**

**ROSIMERI GEREMIAS FARIAS**

**QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM  
IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 10 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

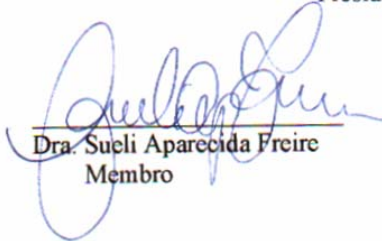


Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

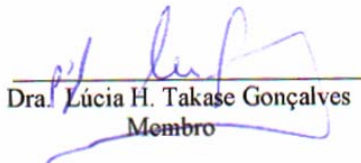
**Banca Examinadora:**



Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos  
Presidente



Dra. Suéli Aparecida Freire  
Membro



Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves  
Membro



Dedico este trabalho ao meu esposo  
*Cláudio* pela parceria em todos  
os momentos e ao meu filho *Samuel*,  
luz da minha vida, seus olhinhos brilhosos  
são a minha maior recompensa.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer parece tarefa fácil, entretanto escrevi e reescrevi várias vezes estes agradecimentos. Pensei em muitas pessoas que em momentos diferentes e em quase todos eles estiveram presentes no decorrer destes anos de mestrado.

Tenho a clareza de que não poderei aqui listar todos os que passaram pelo meu caminho (e pela minha memória) durante estes últimos dois anos e provocaram transformações no filme de minha vida. Cada um é ator renomado no cenário da minha história e sua influência, tenho certeza, contribuiu (e continuará contribuindo) na construção dos processos criativos do meu viver.

Agradecer é uma tarefa que transborda o meu ser e que me desafia a continuar sempre em busca de algo novo para conquistar e de mais pessoas para agradecer. A especial lembrança neste momento é para os que mais tempo permaneceram ao meu lado nesse período, entretanto todos os que me instigaram a querer mais estão marcados para sempre no meu coração.

Agradeço à professora e orientadora, Dra. Silvia Azevedo dos Santos, por dividir comigo (mais uma vez) conhecimentos e experiências. Sua sabedoria e presença amiga, segura e acolhedora foram meu suporte afetivo e intelectual para superar os desafios desta caminhada.

Às professoras Sueli Freire, Lúcia Hisako Takase Gonçalves, Marisa Monticelli e Juliana Sandri agradeço pela valiosa participação, contribuição e disponibilidade em participar da Banca Examinadora. Agradeço também às professoras Carmen Moré e novamente à professora Lúcia Hisako Takase Gonçalves, por terem aceitado participar de maneira tão comprometida em minha banca de qualificação. Suas contribuições foram fundamentais para a determinação dos resultados deste estudo.

Agradeço ainda:

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, por ter aceitado realizar este mestrado na modalidade interinstitucional, a

todos os professores do mestrado, bem como aos funcionários e colaboradores pela presteza e atenção em todas as necessidades que se apresentaram.

À Unochapecó, na pessoa da Dra. Maria Elisabeth Kleba da Silva, pelo carinho com que nos recebeu em Chapecó ao longo do primeiro ano do mestrado, e na de Luciana Lunelli, pelo seu constante empenho para nos manter informados quanto a encaminhamentos e novidades do Minter.

À Unidavi, representada pelo seu reitor Prof. Viegand Eger, ao pró-reitor de pesquisa e extensão Prof. Ilson Paulo Ramos Blogoslawski e à pró-reitora de ensino, Profa. Niladir Butzke, pelo apoio, incentivo e valorização nesta caminhada. Suas contribuições foram essenciais para a conclusão deste mestrado.

À Capes, por apoiar a realização deste Minter, acreditando que é possível oportunizar qualificação profissional e formação de pesquisadores fora dos grandes centros educacionais.

Aos colegas e professores do GESPI pelos momentos de encontro que me permitiram aperfeiçoar meu crescimento acadêmico e tornar mais leve a jornada de estudos. Tânia, Juliana, Maristela, Nina, Jéferson, Melissa, Rosângela, Jonas, Lucia, Silvia e outros que foram e vieram, obrigada por enriquecerem minha proposta com suas discussões. Todos vocês são grandiosos em suas escolhas.

Aos docentes do curso de graduação em Enfermagem da Unidavi, vocês foram parceiros inigualáveis. Obrigada pelas trocas de horários e por dividirem tarefas, somando compromissos e garantindo a continuidade dos processos de ensino. Às professoras Clarice Calderon e Lucia Alves, obrigada pelas palavras de incentivo e pela força. Com vocês aprendi que é possível alcançar metas mesmo que em meio a dificuldades. Quando se tem companheiros fiéis, a caminhada se torna mais agradável. Lúcia, a você meu agradecimento especial, foi muito gratificante tê-la como colega de curso e amiga para todas as horas.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolândia, em especial aos funcionários da unidade sanitária, agradeço pela compreensão nas minhas ausências e pelas palavras de ânimo e coragem quando as pedras do caminho pareciam maiores do que realmente eram.

À Ires, à Joice e à Graziela, por terem acreditado na realização desta pesquisa, participando de maneira comprometida da coleta de dados. Obrigada por terem deixado suas famílias, pelos sábados privados de descanso e por terem, voluntariamente, dedicado parte de seu tempo entrevistando os idosos. A resposta que posso dar à comunidade se deve também ao esforço de vocês.

À equipe do SestatNet, especialmente à prof. Silvia Nassar e ao prof. Wilson Wronski, pela paciência e apoio na análise estatística deste estudo.

À Claudia, pelas contribuições com as normas da ABNT, e à Isabel, que não conheço pessoalmente, mas admiro por seu compromisso e por ter aceitado revisar esta dissertação, deixando outras atividades para dedicar-se a este trabalho.

Em especial, agradeço aos meus familiares – meus pais, pela dádiva da vida; meu esposo, Cláudio, pelas vezes em que mais que companheiro foi, pai e mãe; meus irmãos, meus cunhados e minha cunhada; minha sobrinha Sofia, que nasceu durante e realização deste trabalho; meu avô e meu sogro, que partiram deixando a imagem de pessoas felizes por estarem tão longevos; minha sogra, meus tios e minhas tias, além daqueles que “adotei” como família – Tia Marlene e Amauri... A todos vocês o meu carinho e a minha gratidão. Estou certa de que suas orações, pensamentos positivos e a compreensão pelas ausências me impulsionaram a seguir firme em busca deste ideal. Espero que isso seja motivo de orgulho para vocês. Obrigada pelo apoio incondicional nas minhas escolhas e pelo amor que me fortalece a todo instante.

Ao meu filho Samuel, que experimentou minha ausência física durante o período de aulas em Chapecó, crescendo em meio a livros e papéis, e que em muitos momentos mostrou-se mais forte do que a mãe, deixo todo o amor da minha vida. Agradeço pelo simples fato de você existir. Dedico a você, filho, o árduo trabalho e a serenidade de ter cumprido meu dever.

Por fim, mas não menos em especial, deixo minha gratidão e respeito aos idosos que provaram ser possível envelhecer sem perder a juventude. A sabedoria que existe em seus corações é digna de menção em qualquer trabalho científico. Sem a participação de vocês seria impossível realizar este estudo.

FARIAS, Rosimeri Geremias. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. 2010. 195f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientador: Dra. Silvia Maria de Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado, o processo de viver, ser saudável e adoecer.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos avaliar as variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos mais idosos residentes em um município do interior de Santa Catarina, bem como identificar sua percepção de qualidade de vida, segundo os domínios/facetetas do Whoqol-bref do Whoqol-old, e averiguar o envelhecimento ativo, conforme seus determinantes, entre essa população, com o propósito de explorar a relação entre os domínios/facetetas da qualidade de vida e os determinantes do envelhecimento ativo. Foi realizado no domicílio de idosos residentes em um município do interior de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal, do tipo exploratória, descritiva. Para coleta dos dados, foram utilizadas as técnicas de entrevista compostas por *check-list* elaborado com base nos determinantes do envelhecimento ativo e por aplicação das escalas Whoqol-bref do Whoqol-old. Foram entrevistados 87 idosos, com idade igual ou superior a 80 anos, de ambos os sexos, que residem na comunidade. Para variáveis categóricas, foram utilizadas análises descritivas dos dados, com base na apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais, e para as variáveis numéricas foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão, além de testes de associação e correlação entre variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ . Encontraram-se escores de qualidade de vida de 88,37 (dp 8,23) na avaliação pelo Whoqol-bref e de 90,34 (dp 8,89) na avaliação pelo Whoqol-old. A correlação entre os domínios físico e meio ambiente ( $r$  0,45;  $p$  0,0000044) e entre os domínios autonomia e atividades passadas presentes e futuras ( $r$  0,69;

p<0,000001) aponta as correlações de maior significância para a qualidade de vida. Estes idosos são na maioria brancos, católicos com baixa renda e escolaridade. Mesmo aposentados, 60,92% continuam exercendo atividades laborais; 70,11% têm casa própria; 48,28% frequentam ambientes coletivos; 81,61% estão satisfeitos com a vida e 48,28% não dependem de um cuidador. Os resultados mostraram ser possível relacionar alguns determinantes do envelhecimento ativo com domínios e facetas do Whoqol-bref, mas que nem todas as associações ou relações têm significância estatística. Conclui-se que é possível ter boa qualidade de vida mesmo entre idosos mais idosos, que eles mantêm sua independência e autonomia e que envelhecer ativamente é importante para a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** idoso mais idoso, envelhecimento, qualidade de vida.

FARIAS, Rosimeri Geremias. **Quality of life and active aging among older elders living in the community.** 2010. 195 p. Dissertation (Nursing Master's Degree) – Nursing Post-Graduation Program, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

## **ABSTRACT**

This study aimed at evaluating the variables: quality of life and active aging among older elders living in a city in the interior of the Santa Catarina State / Brazil, as well as identifying the perception of the life quality of older elders according to the Whoqol-bref of the Whoqol-old ranges/aspects, and verifying the active aging regarding its determinants among such older elders, under the purpose of exploring the relation among the quality of life ranges/aspects and the active aging determinants. The data collection was held at the homes of the interviewed subjects living in a city in the interior of the Santa Catarina State. This is a descriptive and explorative research based on a quantitative and transversal approach. For collecting the data, the interview technique using a check list based on the active aging determinants and the application of the WHOQOL-bref and WHOQOL-old scales were used. 87 elders were interviewed, their ages were 80 or above it, male and female altogether living in the community. For categorical variables, the descriptive data analysis was used through the verification of simple and crossed frequencies, for both absolute terms and percentages. For numerical variables, centrality and dispersion descriptive measures were calculated, besides tests of association and correlation between variables. The significance level adopted was 5%, considering  $p \leq 0,05$  as significant values. The quality of life scores were 88,37 (dp 8,23) through the Whoqol bref evaluation, and 90,34 (dp 8,89) through the Whoqol old evaluation. The correlation between the physical and environmental ranges ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,000044$ ) and among autonomy and present, past, and future activities ranges ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,000001$ ) shows the correlations of higher significance regarding the quality of life. The subjects are mostly white, Catholic, owning a low income and with poor schooling. Even retired, 60,92% are still working; 70,11% have their own houses; 48,28% use to go to public places, 81,61% are pleased with their lives and 48,28% do not depend on a carer. The results showed that it is possible to relate some active aging determinants to Whoqol-bref ranges/aspects, but also that not all the

associations or relations have statistical relevance. It was concluded that it is possible to have a good life quality even among older elders, also that such elders maintain their independence and autonomy, and that age actively is important for the quality of life.

**Key words:** older elder, aging, quality of life.



FARIAS, Rosimeri Geremias. **Calidad de vida y envejecimiento activo en ancianos mayores residentes en la comunidad.** 2010. 195 p. Monografía (Maestría en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar las variables: calidad de vida y envejecimiento activo entre ancianos mayores residentes en una ciudad del interior del Estado de Santa Catarina / Brasil, además de identificar la percepción de calidad de vida de los ancianos mayores según las amplitudes/aspectos de Whoqol-bref de Whoqol-old y averiguar el envejecimiento activo según sus determinantes entre estos ancianos mayores, bajo el propósito de explorar la relación entre las amplitudes/aspectos de la calidad de vida y los determinantes del envejecimiento activo. La recolección de los datos ocurrió en los hogares de los entrevistados residentes en una ciudad del interior del Estado de Santa Catarina. Esta es una investigación de abordaje cuantitativa, transversal, del tipo descriptiva y exploratoria. Para la recolección de los datos se utilizaron las técnicas de entrevista utilizándose de un *check list* basado en los determinantes del envejecimiento activo y aplicación de las escalas de Whoqol-bref y de Whoqol-old. Se entrevistó 87 ancianos de 80 años o más, de ambos los sexos y que viven en la comunidad. Para las variables categóricas se utilizó el análisis descriptivo de los datos, desde la verificación de las frecuencias simples y cruzadas, tanto en términos absolutos cuanto en porcentajes. Para las variables numéricas se calcularon medidas descriptivas de centralidad y de dispersión. Además de testes de asociación y correlación entre variables. El nivel de la significación tomado fue de 5%, considerándose valores significativos de  $p \leq 0,05$ . Los índices de calidad de vida fueron de 88.37 (dp8.23) en la evaluación a través de la Whoqol bref y de 90.34 (dp8,89) en la evaluación con la Whoqol old. La correlación entre las amplitudes física y medio ambiente ( $r_{0,45}$ ;  $p_{0,0000044}$ ) y entre las amplitudes autonomía y actividades presentes, pasadas y futuras ( $r_{0,69}$ ;  $p_{<0,000001}$ ) señala las correlaciones de mayor significación con respecto a la calidad de vida. Los sujetos son en su mayoría blancos, católicos, con baja renta y poca escolaridad. Aun que jubilados, 60,92% siguen trabajando; 70,11% tienen su casa propia; 48,28% suelen ir a ambientes sociales, 81,61% están satisfechos con la

vida y 48,28% no dependen de una persona para cuidarlos. Los resultados muestran que es posible relacionar algunos determinantes del envejecimiento activo con amplitudes/aspectos de Whoqol-bref, pero ni todas las asociaciones o relaciones tienen significación estadística. Se concluye que es posible tener buena calidad de vida aun cuando entre ancianos mayores, que estos ancianos mantienen su independencia y autonomía y que el envejecimiento activo es importante para la calidad de vida.

**Vocablo-llave:** anciano mayor, envejecer, calidad de vida.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- EBF – Escore Bruto da Faceta
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- MS – Ministério da Saúde
- NESPE – Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS- Organização Panamericana de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PIAE – Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF – Programa Saúde da Família
- QV – Qualidade de Vida
- QVLS – Qualidade de Vida Ligada a Saúde
- REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem
- SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- SestatNet – Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
- WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Fatores determinantes do envelhecimento ..... 42

### MANUSCRITO 1

**Figura 1** - Correlação entre o escore total de QV Whoqol-old e o escore total de QV Whoqol-bref – em idosos mais idosos de um município de SC, 2009..... 71

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Método de conversão de escores por domínios do Whoqol-bref. ....	<b>60</b>
---	-----------

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Domínios e facetas do Whoqol-bref .....	<b>50</b>
<b>Tabela 2</b> - Facetas, conceitos/conteúdos e itens das facetas no módulo Whoqol-old. ....	<b>52</b>
<b>Tabela 3</b> - Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator. ....	<b>53</b>
<b>Tabela 4</b> - Relação de domínios e facetas do Whoqol-bref. ....	<b>59</b>
<b>Tabela 5</b> - Lista de itens relacionados a facetas para o Módulo Whoqol-old. ....	<b>61</b>

### MANUSCRITO 1

<b>Tabela 1</b> - Média e desvio padrão dos escores dos domínios do Whoqol-bref, em idosos mais idosos de um município de SC, 2009. ....	<b>71</b>
<b>Tabela 2</b> - Média e desvio padrão dos escores brutos das facetas do Whoqol-old (amplitude <b>de 4 à 20</b> ), em idosos mais idosos de um município de SC, 2009. ....	<b>73</b>

### MANUSCRITO 2

<b>Tabela 1</b> - Distribuição da população de 80 anos e mais de um município de SC, segundo o sexo e variáveis sócio demográficas, 2009. ....	<b>94</b>
--	-----------

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>15</b>
<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>16</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>17</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>18</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
<b>3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS .....</b>	<b>26</b>
3.1 ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE .....	26
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE .....	30
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>35</b>
4.1 QUALIDADE DE VIDA.....	35
4.2 ENVELHECIMENTO ATIVO .....	40
4.2.1 Gênero e cultura .....	42
4.2.2 Determinantes econômicos .....	43
4.2.3 Serviços sociais e de saúde .....	44
4.2.4 Determinantes comportamentais .....	45
4.2.5 Determinantes pessoais .....	46
4.2.6 Ambiente físico .....	46
4.2.7 Determinantes sociais.....	47
<b>5 DESENHO METODOLÓGICO .....</b>	<b>49</b>
5.1 MODALIDADE DE PESQUISA .....	49
5.2 LOCAL DO ESTUDO .....	53
5.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	55
5.4 ENTRADA NO CAMPO.....	56
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	57
5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	58
5.7 PROCEDIMENTO ÉTICO .....	62
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
6.1 ARTIGO 1: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE .....	64

6.2 ARTIGO 2 - INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS MAIS IDOSOS .....	86
6.3 ARTIGO 3 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS MAIS IDOSOS .....	104
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>144</b>



## INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e as descobertas na área da saúde têm contribuído para melhorar a qualidade de vida e para ampliar a expectativa de vida da população. Segundo Camarano (2002), o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Assim, pode-se dizer que este é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.

Na estrutura da população brasileira pode-se perceber um significativo crescimento do número de idosos em relação a outros grupos etários. A participação das pessoas com mais de 60 anos no total da população nacional era de 4% em 1940, passou para 8% em 1996, podendo chegar à marca de 15% da população total em 2020. Veras (2007) afirma que no Brasil, ocorreu um aumento no número de idosos de 600% em menos de cinquenta anos, pois em 1960 tínhamos 3 milhões de pessoas com mais de 60 anos, passando para 7 milhões em 1975, chegando a 17 milhões de idosos em 2006.

Para Figueiredo (2003), a duração média de vida de uma população está atrelada às condições de vida de uma determinada localidade. A longevidade vem contribuindo progressivamente para o aumento de idosos na população. Dados do IBGE (BRASIL, 2002) apontam que nos últimos dez anos, o grupo de pessoas de 75 anos ou mais de idade teve o maior crescimento relativo (49,3%) em relação ao total da população idosa. Este mesmo Instituto informa que a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6% da população brasileira) e que, em proporção, o número de idosos vem crescendo mais rapidamente que o número de crianças.

O aumento da expectativa de vida fez com que se incorporasse uma quarta etapa às já existentes. Atualmente pessoas com 80 anos ou mais são pertencentes a quarta idade, também tratados por vertentes da gerontologia como idosos mais idosos ou muito velhos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

O crescimento da população idosa e o envelhecimento se devem a alguns fatores específicos, tais como: altas taxas de natalidade no passado; redução das taxas de mortalidade; melhorias nas condições de vida da população; avanços na área da saúde permitindo o diagnóstico precoce e o tratamento e cura de inúmeras doenças, dentre elas a erradicação de várias doenças infecto-contagiosas; aumento da expectativa de vida ao nascer; entre outras (CAMARANO, 2002).

Néri (2005, p. 115) define envelhecimento como “o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte.”

Ampliar o tempo de vida da população, aliando-o a uma melhora dos padrões de saúde, mesmo que isto ainda não seja equitativo, foi um dos maiores feitos da humanidade (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). No entanto, não basta envelhecer, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável. Lima-Costa e Veras (2003) afirmam que viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A qualidade de vida será tratada conforme a abordagem proposta pela Organização Mundial de Saúde, quando o Grupo Whoqol define como qualidade de vida “a percepção<sup>1</sup> do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (FLECK *et al*; 2008).

Ramos (2003) diz que o envelhecimento saudável é resultante da interação entre saúde física e mental, da independência na vida diária, da integração social, do suporte familiar e da independência financeira.

Vale lembrar, que as pessoas envelhecem de forma diferenciada. Para avaliar o envelhecimento deve-se considerar a história de vida biológica e sociocultural do indivíduo. Néri e Freire (2000) afirmam que envelhecer não é um fator de risco, pois há evidências de que as pessoas mais velhas adaptam-se eficazmente e compreendem o envelhecimento dentro das suas potencialidades e de seus limites. Para Néri (2007), a promoção da boa qualidade de vida entre os idosos ultrapassa os limites da responsabilidade do próprio idoso passando a ser um empreendimento sociocultural.

É necessário integrar os idosos aos serviços de saúde, fazendo com que estes clientes tenham acesso a informações claras que favoreçam o envelhecimento ativo e primem pela qualidade de vida. As equipes de saúde da família são um instrumento em potencial para medidas de promoção da saúde e podem favorecer a integração entre a população mais idosa e os serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> Neste estudo o termo percepção será considerado segundo a definição proposta por Japiassú e Marcondes (2001, p. 149): “Ato de perceber, ação de formar mentalmente representações sobre objetos externos a partir dos dados sensoriais. A sensação seria assim a matéria da percepção. Para os empiristas, a percepção é a fonte de todo o conhecimento.

Lima-Costa e Veras (2003) destacam alguns desafios para que os serviços de saúde favoreçam não só o aumento da expectativa de vida mas também valorizem aspectos qualitativos do envelhecimento. Assim, os serviços de saúde devem ter claras as metas de como manter a independência e a vida ativa aliadas ao processo de envelhecimento e, além disto, fortalecer as políticas de saúde voltadas para os idosos, mantendo ou melhorando a qualidade de vida com o envelhecimento.

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) no seu artigo 9º, “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.” Estas políticas públicas sociais devem favorecer o envelhecimento com o melhor estado de saúde possível.

O envelhecimento ativo tratado como “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança como objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2005), é o grande enfoque do processo de envelhecer. Para tanto tornam-se necessárias mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa (BRASIL, 2006a). A OMS (2005), em seus escritos afirma que o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive àqueles que requerem cuidados especiais devido sua fragilidade.

Ao estabelecer vínculos e contatos com idosos, pode-se perceber diversas formas de vivenciar o envelhecimento e de demonstrar as evidências de qualidade de vida relacionadas a este processo. O tema em questão despertou meu interesse, quando ao longo da vida profissional verifiquei que as pessoas estabelecem critérios próprios e diferenciados para encarar o envelhecimento. Ainda que integradas a uma mesma comunidade, conservando culturas e valores semelhantes, envelhecimento e qualidade de vida tomam dimensões distintas entre os idosos.

Como enfermeira, atuando em saúde coletiva, mais especificamente como coordenadora de equipe da estratégia saúde da família, tenho a oportunidade de atuar na proteção, promoção e recuperação da saúde de pessoas da terceira idade, tanto no ambiente domiciliar quanto nos grupos de convivência de idosos. Entendo que a assistência favoreceu-me a proximidade com os idosos da comunidade onde atuo e oportunizou-me a reflexão sobre questões relativas à forma como as pessoas envelhecem e como se programam para envelhecer

com qualidade de vida.

Ainda posso constatar que para esta comunidade, em especial, existem poucas estratégias que favoreçam o envelhecimento ativo e a ampliação da qualidade de vida na terceira idade. As políticas de saúde e, por conseguinte, os serviços de saúde, partem da premissa que o envelhecimento ativo tem por objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas, mas deixam sobre elas a responsabilidade de alcançá-los. A oportunidade de desenvolver estudos nesta área irá contribuir para fomentar ações políticas locais, além de trazer para o cotidiano dos envolvidos um novo olhar sobre o envelhecimento e as condições de se envelhecer ativamente e com qualidade de vida.

Diante das possibilidades de envelhecimento ativo e com a perspectiva de se manter a qualidade de vida, gerou-me a inquietação em saber: Como os idosos mais idosos residentes na zona urbana e rural de um município de Santa Catarina, percebem a sua qualidade de vida e atendem aos fatores determinantes do envelhecimento ativo?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos mais idosos residentes em um município do interior de Santa Catarina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção de qualidade de vida dos idosos mais idosos segundo os domínios/facetos do Whoqol nas versões Bref e Old.

- Averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos moradores de um município no interior de Santa Catarina;

- Explorar a relação entre os domínios/facetos da qualidade de vida e os determinantes do envelhecimento ativo, entre idosos mais idosos.

### 3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS

A revisão contextual da literatura trata-se da busca de referências que ofereçam um panorama da produção do conhecimento acerca do tema foco do estudo. Essa foi organizada em dois blocos que buscam caracterizar os aspectos relacionados ao envelhecimento e à longevidade na perspectiva demográfica da população brasileira e as políticas públicas de saúde. A opção por esse foco foi intencional, uma vez que se buscaram elementos para fundamentar o estudo acerca do envelhecimento ativo e da qualidade de vida dos idosos.

#### 3.1 ENVELHECIMENTO e LONGEVIDADE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística prevê que, em 2025, o Brasil seja o sexto maior país em número absoluto de idosos (BRASIL, 2007). O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006a), no Caderno de Atenção Básica, número 19, que trata do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, revela que esse fato se deve à queda da fecundidade e da diminuição da mortalidade; esta última, que proporciona o aumento da expectativa de vida, é resultante dos avanços tecnológicos em saúde. Também garante que esse envelhecimento não é homogêneo, nem mesmo no próprio país, pois depende de fatores socioeconômicos de cada indivíduo e de cada região. No Brasil, estima-se que existam atualmente 17,6 milhões de idosos. Do grupo de idosos, as pessoas com idade igual ou superior a 80 anos representam 12,8% da população idosa.

Dados do Anuário Estatístico de Saúde do Brasil apontam que, em 2000, 8,6 % da população era constituída por pessoas com 60 ou mais anos, e esse contingente se concentrava mais nas regiões Sudeste (9,3 %), Sul (9,2 %) e Nordeste (8,4 %). Entre os três estados da região Sul, Santa Catarina possui 8,0 % de idosos no total da população (BRASIL, 2001a).

Segundo dados da OMS (2005), a pirâmide populacional brasileira, que em 2002 apresentava formação triangular, em 2025 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em virtude do envelhecimento da população. Esse envelhecimento está relacionado a uma diminuição no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção do número de idosos. Veras (2007) diz que o Brasil é um país

jovem de cabelos brancos, ressaltando que a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira.

Camarano (2006) reconhece que existem dificuldades de se definir a população idosa, pois não há ideia clara do que marca o fim da idade adulta e o começo da “última etapa da vida”. Sabe-se que os processos biológicos, a perda dos papéis sociais e até mesmo o nascimento dos netos podem servir como parâmetros de delimitação para a população idosa, entretanto, condições sociais, econômicas, culturais e de gênero, entre outras, também afetam a demarcação inicial da última etapa da vida.

Tradicionalmente, considera-se a velhice uma “terceira idade”, sendo a infância a primeira idade e a idade adulta, a segunda. Hoje, com o aumento da expectativa de vida chegando próximo ao limite biológico da espécie humana, fala-se de uma “quarta idade”, que seria um período difícil de determinar, pois foge do critério cronológico (CALDAS, 2006).

Várias pessoas buscaram respostas e formularam suas teorias para justificar e entender o envelhecimento. Contudo, é difícil conseguir mensurar o envelhecimento, defini-lo tomando por base apenas alguns aspectos tais como o biológico, o social, o cultural, o econômico, o sociológico, o educacional ou qualquer outro. Figueiredo e Tonini (2006) afirmam que o envelhecimento ocorre individualmente e tem diversas representações e valores pessoais e grupais, que não são avaliados na prática profissional e nas produções científicas.

A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento, que está intimamente vinculada à dificuldade de definir a idade biológica, justifica a falta de segurança para adotar quaisquer das teorias existentes sobre o fenômeno. Os mesmos motivos justificam a inexistência de uma definição de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõe (PAPALEO NETTO, 2006).

O grupo de idosos é muito heterogêneo, tem características e demandas diferentes, o que inviabiliza avaliar a transição demográfica apenas na perspectiva cronológica. Os dados sociodemográficos do último censo nos apontam que existe uma grande parcela da população idosa composta por indivíduos independentes e autônomos, ativos, reinseridos no mercado de trabalho mesmo após sua aposentadoria, mantendo-se como provedores ou suporte para outros membros da família, especialmente filhos adultos e netos (CAMARANO, 2004).

Por outro lado, integrando o contingente de pessoas idosas, evidencia-se o fenômeno do prolongamento da vida. Viver até os 80 anos de idade nas últimas décadas já não é algo surpreendente

(CAMARANO, 2004). A longevidade humana associa-se geralmente à fragilização pelo envelhecimento, que torna o idoso vulnerável às diversas condições de vida e saúde. Estima-se que 85% dos idosos brasileiros apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% têm associação de duas ou mais patologias (RAMOS, 2006). Desse modo, Silva (2007) aponta que a prevalência de doenças crônicas e a longevidade atual têm contribuído para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando na necessidade de cuidados constantes por parte da sociedade, dos profissionais de saúde e, sobretudo, da família, que precisa utilizar conhecimentos e habilidades na prevenção e na minimização de efeitos importantes de ordem física e psíquica.

Zimmermann (2000) afirma que o idoso é um ser que tem mais: mais experiências, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais perdas. Sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível.

Apesar dos múltiplos esforços para garantir uma velhice cada vez mais ativa e saudável, muitos dos idosos experimentam fragilidade nessa fase. A doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança. O estado de doença acarreta algumas repercussões psíquicas inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na autoimagem e algum nível de dependência (GIACOMIN, K.C; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F.F, 2005).

Segundo Néri (2005), os idosos são populações que podem ser categorizados de acordo com a duração do seu ciclo vital. Para a mesma autora, envelhecimento “é o processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo...”.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2006a, p. 08).

O envelhecimento pode ser vislumbrado com a perspectiva de um



processo fisiológico no qual, naturalmente, as reservas funcionais dos indivíduos tendem a diminuir. Entretanto, parte dos efeitos da senescência pode ser atenuada considerando-se o estilo de vida adotado pelas pessoas ao longo dos anos. Apesar das mudanças que o indivíduo deve enfrentar, envelhecer ativamente pode ser uma meta ao alcance de todos, uma experiência positiva. Neri (2007) afirma que envelhecer bem “significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro”.

Contudo, é importante diferenciar envelhecimento da população e aumento da longevidade. Carvalho e Garcia (2003) definem que envelhecimento populacional refere-se à mudança na estrutura etária de uma população, produzindo um aumento do peso relativo das pessoas com idade definidora do início da velhice. Segundo esses autores, longevidade é o número de anos vividos por um indivíduo ou grupo de pessoas de uma mesma geração.

Fica evidente em estudos outrora realizados que o ser humano, em condições ambientais ótimas e tendo comportamentos saudáveis, pode alcançar uma expectativa de vida média de 85 anos (PATRÍCIO *et al.*, 2008). Alguns fatores podem ser elencados como os reais elementos que interferem ou promovem o aumento da longevidade. Patrício *et al.* (2008) destacam a importância da alimentação relacionada à obesidade e esta como um determinante para o tempo de vida em anos. Outros aspectos relevantes são a genética e a hereditariedade, pois 25% do tempo de vida das pessoas são determinados geneticamente, e os filhos de centenários tendem a apresentar um processo de envelhecimento mais lento, com o aparecimento tardio de doenças crônicas, caso elas apareçam. A autora acima citada ainda continua afirmando que indivíduos com boa atividade mental e com hábitos de vida saudáveis (sem o consumo de álcool e com a prática de atividade física regular) tendem a envelhecer mais tardiamente.

A longevidade traz uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas. Zimmermann (2000) aponta que o idoso tem perda de sua autoestima, pois sente a falta de um papel social bem definido. Com o aumento dos seus anos de vida, o idoso tem que se adequar a novos papéis na família. A aposentadoria pode favorecer o isolamento e a falta de expectativa de vida. Além disso, a longevidade favorece perdas diversas, tais como: poder de decisão, perdas econômicas e familiares, além da diminuição dos contatos sociais, da vida agitada nas ruas, da falta de tempo e até mesmo da violência (ZIMERMANN, 2000).

Barros (2000) afirma que, em nosso país, a visibilidade da velhice

e dos velhos pode ser atestada não só pelos dados demográficos mas também pela experiência da população em geral, que convive diariamente com pessoas idosas. Aos poucos a velhice está ultrapassando os limites da vida particular de cada um e atraindo a atenção de toda a sociedade.

A população de idosos do município onde este estudo foi realizado acompanha o cenário nacional. Tende-se ao aumento do número de idosos e entre estes existe a perspectiva de longevidade, ou seja, os idosos estão ficando cada vez mais idosos. Os hábitos e aspectos relacionados à cultura regional configuram o grupo de idosos como pessoas de grande referência para seus familiares e que em sua maioria continuam executando as atividades diárias de modo autônomo, além de conseguirem adaptar-se efetivamente ao processo de envelhecimento de forma ativa.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E DE SAÚDE

A atenção integral à saúde do idoso ainda é muito incipiente no Brasil. Precisamos intensificar estudos nessa área, de maneira que as contribuições em termos de assistência e de políticas públicas de saúde possam acompanhar o crescimento populacional das pessoas com mais de 60, identificando assim questões específicas dessa população. Figueiredo e Tonini (2006) afirmam que o aumento rápido e progressivo da população com idade cronológica de 60 anos ou mais se tornou um problema social em virtude dos grandes custos com aposentadorias e da redução da mão de obra para as empresas e famílias desestabilizadas para o cuidado.

As questões relativas à saúde, no que dizem respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, devem acompanhar o perfil de envelhecimento da população. Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1984, citados por Camarano (2002), estimam que numa coorte na qual 75% dos indivíduos sobrevivem até aos 70 anos, cerca de 1/3 deles será portador de doenças crônicas e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada. Ao se fazer essa constatação, pode-se crer que quanto mais os indivíduos vivem maiores são as chances de desenvolverem problemas crônicos de saúde, o que obrigatoriamente aumenta os custos relacionados a tratamentos de saúde e a necessidade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Os indivíduos em geral devem estar preparados para o

envelhecimento de modo que o aumento em anos de vida seja acompanhado por baixas taxas de morbidade, ao longo de todo o processo, almejando-se qualidade de vida para um maior número de pessoas com vida longa.

A nova realidade de crescimento do segmento populacional de pessoas com mais de 60 anos nos leva à constatação de que os indivíduos devem envelhecer munidos de instrumentos que lhes garantam condições mínimas para viver com qualidade, tendo acesso garantido aos serviços de saúde. Autonomia, participação, cuidado, autossatisfação, possibilidade de atuar em vários contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida em idade avançada são hoje, segundo Veras (2007), conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos.

No Brasil, um olhar diferenciado sobre a saúde da população estabeleceu-se junto com a conquista da constituição Cidadã de 1988. A sessão II, no Art. 196, diz que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Esses termos foram validados com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90. Nessa legislação (BRASIL, 1990a), são abordadas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da forma de organização e funcionamento dos serviços de saúde, de modo que assegurem o direito à saúde e o acesso dos cidadãos a esses serviços, sendo também garantidas medidas que visem à redução de riscos de doenças com o estabelecimento de políticas econômicas e sociais. Os preceitos constitucionais, acima citados, encontram-se reafirmados na Lei nº 8142/90. Nesta, fica descrita a participação social na gestão do SUS por meio das conferências municipais de saúde e dos conselhos de saúde. (BRASIL, 1990b)

Em 1994, após a avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2004), hoje chamado de Estratégia Saúde da Família, segundo a portaria ministerial nº 648/06 (BRASIL, 2006b). A mesma portaria declara que a Atenção Básica tem

a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

De acordo com a portaria nº 648/06, a saúde do idoso é uma das áreas estratégicas de atuação, em que as equipes de saúde da família devem direcionar suas atividades no intuito de garantir o atendimento amplo e irrestrito ao idoso, respeitando as particularidades desse atendimento (BRASIL, 2006b).

Ainda em 1994, concomitante à organização do SUS, o Brasil sente a necessidade de responder ao envelhecimento da população e busca alternativas para direcionar o atendimento à saúde da população idosa. O Ministério da Saúde, ciente da necessidade de melhoria da qualidade de vida dos idosos, promulga a Política Nacional da Saúde do Idoso, em 1994, através da Lei nº 8.842 que foi regulamentada pelo decreto nº 1948/96 (BRASIL, 1994).

A Política Nacional da Saúde do Idoso, em consonância com o Ministério da Saúde, tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. No seu Art. 1º, a Política Nacional do Idoso aponta como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). A mesma lei, em seu artigo 3º, ressalta que para ser aplicada a Política Nacional do Idoso devem ser consideradas as diferenças econômicas, sociais e religiosas e particularmente as contradições entre meio urbano e rural.

Já em 2002, duas grandes propostas para a assistência ao idoso são promulgadas: a portaria nº 702/SAS/MS, de 2002, que aponta para a organização e a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a portaria nº 249/SAS/MS de 2002, que cria como parte da operacionalização dessas redes as normas para o cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso.

Segundo dados da portaria nº 702/SAS/MS, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso deverão ser integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Os Hospitais Gerais são entendidos como aqueles que tenham condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para realizar o atendimento geral a pacientes idosos, no nível ambulatorial e de internação hospitalar.

Já os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso são aqueles que, devidamente cadastrados como tais, além dos serviços de um hospital geral, devem oferecer à população idosa assistência à saúde

de forma integral e integrada, envolvendo as diversas modalidades assistenciais como internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar. Além disso, eles devem constituir-se em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos. Na mesma portaria é definido que, para o Estado de Santa Catarina, é permitido o cadastramento de dois Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Apesar de essa portaria ter força ministerial o que se viu acontecer com a mudança político partidária em nível de governo federal foi que tanto as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso quanto os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso não se consolidaram em Santa Catarina e nem em todo território nacional.

Em 2003, após aprovação do Congresso Nacional e sanção do presidente da república, é promulgado o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), legalmente descrito na Lei 10.741 de 1º de novembro de 2003, que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004. Com o Estatuto do Idoso houve uma ampliação dos direitos das pessoas com mais de 60 anos. Segundo Martins e Massarollo (2008), o tema central desse estatuto é o amparo, a assistência e a proteção às pessoas que já são velhas e também àquelas que estão em processo de envelhecimento. Ressaltam, ainda, que o estatuto deixa claros os deveres de vários segmentos, tais como: a família, as instituições, o governo e o cidadão comum em relação aos cuidados e ao apoio ao idoso.

Em 22 de fevereiro de 2006, por meio da Portaria/GM nº 399, foram apontadas as Diretrizes do Pacto pela Saúde. O pacto firmado entre os gestores do SUS das esferas federal, estadual e municipal apresenta 3 dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão (BRASIL, 2006c).

Segundo as diretrizes operacionais, o pacto pela vida abrange questões que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006c). Dentre as prioridades pactuadas, encontra-se a saúde do idoso. Nessa área, devem ser priorizadas as seguintes diretrizes: a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável; b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; d. A implantação de serviços de atenção domiciliar; e. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f. Provedimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g. Fortalecimento da participação social; h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i. Divulgação e informação sobre a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006c).

As estratégias que foram apontadas para a saúde do idoso compreendem a distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa; a distribuição, nos serviços de saúde, do manual de Atenção Básica à saúde da pessoa idosa; o programa de educação permanente a distância, voltado para profissionais que trabalham na rede Atenção Básica; a reorganização das políticas de acolhimento das pessoas idosas nas unidades de saúde; a assistência farmacêutica qualificada para dispensa de medicamentos e acesso da população idosa; atenção diferenciada na internação e atenção domiciliar como prestação de serviço ao idoso.

Para aumentar as garantias de promoção em saúde do idoso, o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006d). Essa política vem concretizar um passo importante para a saúde de 18 milhões de idosos no país, que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2006d), correspondem a 10% da população brasileira.

As políticas do idoso representam a garantia a essa população de desenvolver sua autonomia e saúde. É importante ter conhecimentos acerca das políticas de saúde voltadas ao idoso, visto que a sua deficiência pode representar a falta de assistência adequada aos indivíduos dessa faixa etária. No entanto, pode-se perceber que, apesar de estarem organizadas na forma da lei, as questões relativas ao desenvolvimento das Políticas de Atenção à Saúde do Idoso não cumprem seu papel em todo o território nacional. Muitos gestores estaduais e municipais, mesmo tendo conhecimento das implicações da legislação, ainda não implementaram eficazmente as diretrizes propostas, deixando de cumprir com seu papel social perante a população idosa.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Compõem o arcabouço teórico deste estudo os fundamentos dos constructos qualidade de vida e envelhecimento ativo. Assim, buscou-se fazer uma revisão contextual sobre ambos para poder embasar a compreensão dos mesmos. Nesse sentido, apresenta-se a seguir o que se conseguiu apreender sobre qualidade de vida e envelhecimento ativo com base nas leituras realizadas.

### 4.1 QUALIDADE DE VIDA

Desde a Antiguidade, Aristóteles apontava a “boa vida” – a vida a eudaimonia – como a mais desejável. Além do mais, na cultura tradicional chinesa os princípios de Yin e Yang, que possibilitam através de seu equilíbrio atingir a plenitude da vida, também manifestam relações com a qualidade de vida (CIANCIARULLO, 2005).

Embora o termo qualidade de vida tenha sido introduzido na sociedade moderna em 1920 pelo escritor Pigou no livro “Economia e bem-estar material”, Cianciarullo (2005) aponta que somente após a II Guerra Mundial sociólogos e economistas sociais vincularam o termo qualidade de vida à conquista de bens materiais, dando repercussão ao conceito.

No final da década de 50, em publicações não acadêmicas, o termo qualidade de vida passou a ser empregado contribuindo nas discussões acerca da poluição ambiental e das condições da vida urbana (NERI, 2005).

Há mais de 40 anos, na década de 60, o então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson afirmou que os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos, mas sim pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Com essa afirmação, o ex-presidente deu início às discussões sobre o verdadeiro significado de qualidade de vida (MAZO, 2003). Isso fez com que ainda na década de 60 surgisse um movimento de valorização dos aspectos subjetivos relacionados à ela, com a opinião do indivíduo sobre a sua própria qualidade de vida (CIANCIARULLO, 2005).

Na década de 70, o termo qualidade de vida passou a fazer parte da agenda de eventos científicos e das publicações nas áreas de sociologia e medicina (NERI, 2005). Em 1985, segundo Neri (2005), o

termo qualidade de vida apareceu pela primeira vez no Index Medicus. Na década de 80, houve também a tentativa de englobar aspectos socioeconômicos da qualidade de vida junto com aspectos subjetivos. Ferrans e Power (1992) alegam que a satisfação com a vida incluiria aspectos de interação familiar e social, desempenho físico e exercício profissional. Ao considerarem que “qualidade de vida” se reveste de múltiplos sentidos, Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que essa noção se aproxima à da satisfação buscada na vida familiar, amorosa, social e ambiental e na própria estética existencial.

O constructo qualidade de vida foi citado por Rufino Netto (1994) na abertura do 2º Congresso de Epidemiologia, em 1992, quando ele disse que qualidade de vida boa é aquela que oferece o mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades. No entanto, esse mesmo autor alega que o que falta para alcançarmos esse padrão de qualidade de vida é o esforço para tornar o conceito operativo.

Para Machado e Sawada (2008), a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, se aproxima do grau de satisfação que o indivíduo encontra na vida familiar, amorosa, social e estética.

Minayo, Hartz e Buss (2000), sugerem que a qualidade de vida seja definida em termos da distância entre as expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor). Os autores seguem apontando que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, considerando-se as questões culturais, espaços e momentos históricos, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Corroborando com as ideias desses autores, o SENAC (2007) produziu um material no qual coloca que os avanços na ciência e na tecnologia têm influenciado nas grandes mudanças ocorridas no padrão de vida da população. O uso de novas máquinas agrícolas, as melhorias nas condições de saúde, saneamento básico, saúde ambiental e a boa qualidade da educação contribuem para a qualidade de vida.

A medida de qualidade de vida, embora tenha vindo com as características de culturas estrangeiras, muitas vezes anglo-saxônica, de caráter empirista e utilitarista, é um fato irreversível que será amplamente utilizado em nosso meio (RAMEIX, 1997).

Um dos mais conhecidos e difundidos índices de mensuração da qualidade de vida é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O IDH foi criado com a intenção de deslocar o debate sobre



desenvolvimento de aspectos puramente econômicos – como nível de renda, produto interno bruto e nível de emprego – para aspectos de natureza social e também cultural. Embutida nesse indicador, encontra-se a concepção de que renda, saúde e educação são três elementos fundamentais da qualidade de vida de uma população (IPEA, 1998).

Fleck (2000), ao sintetizar o pensamento de diversos autores, coloca que a qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos. Subjetivos porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à qualidade de vida e, sendo assim, esta só pode ser avaliada pela própria pessoa; e objetivos porque pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria podem sentir-se satisfeitas com sua vida, ao passo que outras pessoas enfrentando condições adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida pior que a desejada.

A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier e Mendizabal (1997) como “o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial”. Ao ser associado à medicina, o termo qualidade de vida na proposta descrita por Neri (2005) diz respeito à relação custo-benefício inerente à manutenção da vida em enfermos crônicos e terminais

Para Nordenfelt, citado por Cianciarulo (2005), a qualidade de vida é a felicidade com ela ou a alegria de viver. Talvez pela formação ou pelo agrupamento desses conceitos, o termo qualidade de vida segundo Machado e Sawada (2008) abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história.

Minayo, Hartz e Buss (2000) fazem referência à multiplicidade de conceitos propostos para qualidade de vida, afirmando que o termo abrange muitos significados. Estes refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, tratando-se de uma construção social com a marca da relatividade cultural que reproduz épocas, espaços e histórias diferentes.

Neste momento, faz-se necessário mencionar alguns conceitos de qualidade de vida. Segundo o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), ela pode ser definida como:

a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 2005, p.14)

Esse mesmo conceito é também utilizado pelo grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), o World Health Organization Quality of Life Group (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Considerando o conceito acima e o interesse em relacionar qualidade de vida à população idosa, Cella e Tulskey (1990) atribuem um caráter mais específico à qualidade de vida, dizendo que é a percepção subjetiva que o indivíduo tem em relação às suas capacidades e o grau de satisfação com seu nível de funcionamento, o que favorece o entendimento do sujeito sobre seu bem-estar, comparando com o que parece como possível ou ideal.

Fleck *et.al.* (2000) pontua que, apesar da importância das avaliações de qualidade de vida na área da saúde, não havia nenhum instrumento elaborado dentro de uma perspectiva transcultural que pudesse ser utilizado internacionalmente. Daí aponta-se a importância do instrumento desenvolvido pelo Whoqol Group. O World Health Organization Quality of Life Group (Whoqol Group), baseia-se em três aspectos para estudar a qualidade de vida, quais sejam, subjetividade (considera a percepção do indivíduo), multidimensionalidade (considera que o conceito de qualidade de vida não seja mensurado por um único escore mas por meio de vários escores em domínios diferentes) e presença de dimensões positivas e negativas (para boa qualidade de vida é necessário que alguns elementos estejam presentes e outros ausentes (FLECK, 2000). Considerando estes aspectos o Whoqol Group propôs instrumentos para avaliação da qualidade de vida. Esses instrumentos serão apresentados e discutidos em capítulo posterior.

Nos últimos anos, com o crescimento do número de idosos e o aumento da longevidade, qualidade de vida na velhice passou a ser tomada como tema de grande importância. Neri (2005) aponta que cada vez mais as questões relacionadas ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos despertam o interesse de pesquisadores e planejadores de políticas de saúde, educação, trabalho e seguridade social.

Neri (2005, p. 163) define qualidade de vida e suas possibilidades

de avaliação como “um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos em diferentes épocas e sociedades”. Assim, existem várias formas para avaliá-la, havendo a necessidade de se comparar as condições que se apresentam àquelas que se deseja, expressando resultados por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação.

Vários elementos podem ser apontados como determinantes de bem-estar entre os idosos, sendo eles: “longevidade; saúde biológica; saúde mental; satisfação; controle cognitivo; competência social; produtividade; atividade; eficácia cognitiva; *status* social; renda; continuidade de papéis familiares e ocupacionais; e continuidade de relações informais em grupos primários, especialmente os amigos” (NERI, 2007, p. 10).

Para avaliar a qualidade de vida dos idosos, deve-se pensar em critérios biológicos, psicológicos e socioculturais. Neri (2005, p.164) cita qualidade de vida na velhice como “a avaliação multidimensional, vinculada a critérios socionormativos e intrapessoais a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu meio ambiente”. A mesma autora descreveu um modelo quadridimensional para avaliar a qualidade de vida. As quatro dimensões são apresentadas como:

**Competência comportamental:** compreende a avaliação do estado de saúde do indivíduo, no que tange a funcionalidade física – medidas mais correntes em geriatria –, à cognição, ao comportamento social e a utilização do tempo. É referenciada por normas clínicas, bioquímicas e comportamentais em vários graus.

**Condições ambientais:** dizem respeito ao contexto ecológico e ao construído pelo próprio homem. Considera que o ambiente deve oferecer condições adequadas aos idosos, ressaltando, entre outros, o conforto, a segurança e o acesso.

**Qualidade de vida percebida:** refere-se a avaliação subjetiva que cada um faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Avalia como o indivíduo percebe sua saúde, as doenças que tem, dor, desconforto, uso de medicação e alterações nos processos cognitivos.

**Bem-estar subjetivo:** reflete a avaliação pessoal sobre as três esferas anteriores. É referenciado a indicadores cognitivos (satisfação global com a vida e satisfação referenciada a domínios – sexualidade, saúde, relações sociais, familiares e espiritualidade) e emocionais (medidas de estados afetivos positivos e negativos).

Ferrans e Power (1992) apontam para a importância de se distinguir os “efeitos da idade” nas questões relacionadas à qualidade de vida e à satisfação na velhice, pois algumas pessoas declinam nas suas competências físicas e cognitivas muito precocemente ao passo que outras vivem saudáveis até idades muito avançadas. À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência. A manutenção da autonomia para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, a manutenção do idoso ativo, no meio familiar, associativo e da comunidade, e a redução de danos são caminhos para a manutenção da qualidade de vida, além de comporem o quadro de envelhecimento ativo (RIBAS; MURAI, 2004).

## 4.2 ENVELHECIMENTO ATIVO

Ao buscarem-se dados sobre envelhecimento ativo, encontram-se alguns termos que, segundo Bowling e Brazier (1995), são conceituados de maneira semelhante como, por exemplo, os termos “envelhecimento bem-sucedido”, “envelhecimento saudável” e “qualidade de vida na velhice”. A palavra “ativo” tem um significado mais abrangente que a capacidade de estar ativo ou a habilidade para o trabalho, refere-se à participação efetiva nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005).

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, busca expandir essa concepção para algo que vai além dos cuidados com a saúde, remete para outros fatores que também afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005). Assim, o envelhecimento ativo “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13).

O envelhecer ativamente é uma ideologia que, segundo a OMS (2005), se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Essa concepção permite que as pessoas percebam o seu potencial, participem da sociedade de acordo com suas especificidades, além de propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável, para todos os que envelhecem, garantindo qualidade de vida,

inclusive para aqueles tenham alguma fragilidade ou incapacidade física e que necessitam de cuidados.

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de se incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. Fleck *et al.* (2003) destacam a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem na qualidade das populações que envelhecem, a fim de favorecer ações e políticas na área da saúde que atendam às demandas dos idosos.

A OMS (2005) alerta que as populações em geral precisam se planejar e se preparar para a velhice em todas as etapas da vida, mediante a adoção de práticas saudáveis e ambientes de apoio para que essas práticas sejam favorecidas.

Como contribuição para a Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002, foi aprovado o Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento (PIAE). Dados da OMS (2005) afirmam que esse documento representa um compromisso internacional com o rápido envelhecimento da população. No PIAE, três áreas foram apontadas como prioritárias: 1- como inserir o envelhecimento populacional na agenda do desenvolvimento; 2- a importância da saúde; e 3- como desenvolver políticas de meio ambiente (físico e social) que atendam os indivíduos e as sociedades que envelhecem.

Na Assembleia de Madri, a OMS lançou o documento *Envelhecimento ativo: Um marco para elaboração de políticas*, que complementa e amplia o PIAE. Nesse documento, estão contidas as recomendações quanto às políticas de saúde na área de envelhecimento, levando-se em consideração “os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais” (NESPE, 2002). Cada um desses determinantes tem a propriedade de agir efetivamente sobre o processo de envelhecimento a ponto de afetar a saúde e o bem-estar.

Na figura abaixo, estão esquematizados os fatores determinantes do envelhecimento ativo que serão discutidos posteriormente.



Fonte: OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo**: Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Biblioteca Virtual Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 20 maio 2008.

**Figura 1** - Fatores determinantes do envelhecimento

#### 4.2.1 Gênero e cultura

Camarano (2002) destaca que, à medida que a população vai envelhecendo, se consegue acompanhar o processo de feminização da velhice e, por conseguinte, suas implicações num contexto social e político. Nem sempre a maior longevidade feminina é vista como vantagem, segundo a mesma autora. As idosas experimentam a debilitação biológica e as doenças crônicas, ao passo que os homens morrem antes. Por outro lado, velhice e viuvez, para algumas idosas de hoje, podem representar independência e realização.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2002) informa que, em 1999, o sexo feminino era responsável por 54% da população idosa, o que, numericamente, se torna mais expressivo: para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens. O que é sugerido para tal situação é o diferencial entre expectativa de vida feminina e masculina, visto que as mulheres vivem em torno de oito anos a mais que os

homens.

A feminização da velhice significa mais risco do que vantagem. Do ponto de vista médico-social, as mulheres são consideradas mais frágeis do que os homens, tendem a ser mais doentes e sós. Camarano (2002) destaca a elevada proporção de mulheres morando sozinhas (14% das idosas do Brasil em 1998). Do ponto de vista sociopsicológico, as idosas sofrem alterações de identidade pessoal e nos conceitos da categoria. Algumas funções que outrora compunham um reduto de atuação das mulheres idosas passam a ser integradas a outras esferas da sociedade, alterando antigas normas sociais (NERI, 2005).

Embora, no Brasil, a maioria das famílias ainda seja chefiada por homens, entre a população idosa há uma tendência crescente em se ampliar o número de famílias chefiadas por mulheres. Neri (2005) afirma que esse fato tem seu lado positivo, mas revela também a falta de condições dos mais jovens de proverem suas próprias necessidades.

No que diz respeito aos aspectos culturais, Uchoa (2003) destaca que os estudos e registros do processo de envelhecimento em diferentes culturas constataam as diferentes formas de envelhecer. Velhice e envelhecimento passam a ser encarados como fenômenos intimamente relacionados pela cultura, pelas capacidades individuais e pelo meio. A OMS (2005), em seu documento sobre envelhecimento ativo, entende que a cultura modela nossa forma de envelhecer e influencia todos os processos de envelhecimento ativo. O modo como as pessoas idosas e o processo de envelhecimento são encarados por uma sociedade é determinado por elementos culturais..

#### **4.2.2 Determinantes econômicos**

Os fatores que compõem os determinantes econômicos são: renda, proteção social e trabalho (OMS, 2005). No estudo realizado por Giatti e Barreto (2003), é exposto que o fato de estar trabalhando é um potente e independente fator preditivo de longevidade. As pessoas que trabalham têm melhores condições de saúde, menor prevalência de sintomas psiquiátricos, de hipertensão arterial e de hábitos de consumo de álcool e cigarro.

Existe uma grande preocupação no cenário do envelhecimento populacional, que se desdobra na perspectiva de que quanto mais idosa a população, menor o número de pessoas

economicamente ativas. No Brasil, a queda da taxa de atividade entre idosos aumenta com o envelhecimento, passando de 47% aos 65 anos para 22,1% aos 75 anos (BRASIL, 2006a).

Ao avaliar-se a questão renda dos idosos, identifica-se que os rendimentos relacionados a trabalho constituem uma fração menor do rendimento domiciliar, ao passo que a aposentadoria caracteriza-se como a principal fonte de renda. Muitas vezes, os rendimentos provenientes de aposentadorias restringem-se ao salário mínimo (BRASIL, 2006a). Uma relação que se pode estabelecer é que idosos com maior escolaridade tiveram acesso a trabalhos mais qualificados e têm maior possibilidade de seguir trabalhando, contribuindo efetivamente na renda familiar (GIATTI e BARRETO, 2003). Veras (2007) ressalta que muitos idosos representam o esteio da renda familiar.

Segundo dados da OMS (2005) nos países em desenvolvimento, em termos de proteção social, os idosos contam com assistência familiar (90% dos idosos convivem com familiares), serviços informais e economias pessoais. A rede de suporte social se restringe a amigos e conhecidos que mantêm com esse idoso e sua família relações afetivas, de solidariedade e reciprocidade. Poucos são os programas de apoio social e, em alguns casos, a renda redistribui-se para as minorias da população menos carente. Nos países desenvolvidos, as medidas de seguridade social podem incluir pensões, aposentadorias, fundos compulsórios de poupança, seguros, entre outros.

#### **4.2.3 Serviços sociais e de saúde**

Envelhecer ativamente implica ter acesso à promoção da saúde, à prevenção de doenças e a serviços de cuidado primário e de longo prazo (OMS, 2005). Analisando a questão do acesso dos idosos aos serviços de saúde, Veras (2007) descreve que a população rural tem mais barreiras a esse acesso que a população urbana, mesmo entre os que relatam problemas de saúde. Os mais idosos sofrem obstáculos de acesso ainda maiores. Quanto ao gênero, verifica-se que a utilização dos serviços de saúde é mais favorecida para as mulheres.

Apesar de muitos esforços serem concentrados na promoção da saúde, tais como prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis entre os idosos, prevenção de lesões e medidas de imunização, o envelhecimento favorece o surgimento de algumas



doenças. Assim, torna-se indispensável fortalecer os serviços curativos destinados aos idosos. Da mesma forma, não se pode deixar de lado os serviços de controle da saúde mental com vistas ao tratamento da depressão e a prevenção do suicídio entre idosos. É também nessa idade que tende a aumentar o consumo de analgésicos e de medicamentos para tratamento de doenças crônicas. Faz-se necessária uma parceria entre governo, indústria farmacêutica e organizações que representem os idosos para garantir o acesso aos medicamentos essenciais de modo seguro, com adequação de custos e eficácia dos produtos (OMS, 2005).

Ribas e Murai (2004) chamam atenção para um desafio à saúde pública: cabe a esse setor a tarefa de cuidar de idosos, na sua maioria pobres, com baixa escolaridade e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

#### **4.2.4 Determinantes comportamentais**

A adoção de estilos de vida saudáveis é importante em todos os estágios da vida. A OMS (2005) define que o envolvimento em atividades físicas, um plano alimentar saudável, a abstinência de álcool e cigarros, o uso racional de medicamentos, os cuidados com a higiene oral e a adesão efetiva aos tratamentos para saúde favorecem a longevidade e a qualidade de vida.

A dieta adequada, aliada a fatores como diminuição do estresse, controle emocional, sono adequado, abandono de hábitos de vida sedentários, tabagismo e alcoolismo, consumo seguro de medicamentos e adesão aos tratamentos propostos podem levar à melhora da autoestima das pessoas, auxiliando na manutenção ou recuperação da saúde (RODRIGUES; CAMPOY, 2004).

Entretanto, Uchoa (2003) alerta que a representação da saúde como “dinheiro dependente” pouco incentiva a adesão dos idosos. Isso é um fator importante a ser considerado no planejamento de intervenções adequadas, que interfiram no comportamento da população idosa.

Benedetti; Borges, Petroski e Gonçalves (2008), relacionando os níveis de atividade física com as demências, verificaram que os indivíduos não sedentários têm menor prevalência de demências. A prática de exercícios físicos entre idosos pode, ainda, reduzir riscos de quedas e fraturas, além de melhorar o equilíbrio e a capacidade de percepção (NERI, 2005).

A percepção da saúde oral pelos idosos está inserida num

contexto de múltiplas variáveis como idade, gênero, raça, escolaridade, renda e ocupação. Entender como cada pessoa percebe seu cuidado de saúde é importante para traçar medidas preventivas de promoção à saúde. Alguns idosos podem apresentar problemas na saúde oral que envolvem capacidade de mastigar e falar, dor e desconforto, lesões na boca, próteses mal adaptadas ou em mau estado de conservação. O tratamento dessas intercorrências é fundamental para o que o indivíduo tenha o prazer de comer, sintam-se confortáveis e não evite circunstâncias de contato social em que possa haver consumo de alimentos (NERI, 2005).

#### **4.2.5 Determinantes pessoais**

Cada pessoa envelhece segundo suas características pessoais, estilo de vida, acesso e oportunidades a cuidados com sua saúde, educação, alimentação, segurança, meio ambiente saudável, entre outros fatores. Naturalmente que não se pode desconsiderar a predisposição genética de cada um para o desenvolvimento de determinadas doenças, mas é sabido que as causas externas e ambientais influenciam fortemente a eclosão ou não desses agravos (OMS, 2005). A longevidade sujeita as pessoas a um maior risco de adoecimento, isso se deve ao fato de que ficam mais tempo expostos a fatores externos, comportamentais e ambientais.

Os fatores psicológicos são também indicadores de envelhecimento ativo e longevidade (OMS, 2005). Kachar (2003) revela que o envelhecimento traz consigo um aumento gradual na perda da memória: menos de 10% para pessoas com idade inferior a 50 anos e mais de 42% para aquelas com idade superior a 80 anos. Portanto, todos os indivíduos devem estar preparados para que na velhice possam se adaptar às mudanças, fazendo ajustes e mantendo a capacidade de resolver problemas (OMS, 2005).

#### **4.2.6 Ambiente físico**

Perracini (2006) retrata a realidade das construções da atualidade: são realizadas apenas com uma preocupação meramente estética, não com o “*design* universal”, que permitiria a inclusão de indivíduos de

qualquer idade, altura, peso, condição física e sensorial. Construções estas que foram planejadas apenas para o “homem padrão”, criado ilusoriamente como perfeito e eterno, desconsiderando crianças, idosos, pessoas muito altas ou muito baixas, deficientes físicos e sensoriais.

Brunner (2005) afirma que as lesões por quedas são a 7ª causa de mortes nos idosos. Vale lembrar que 75% das quedas acontecem no interior das residências, sendo que 46% ocorrem no trajeto quarto – banheiro (MELO, 2007). Buscando evitar esse tipo de acidente tão recorrente entre idosos, vários autores como Silva *et al.* (2003), Brunner (2005), Perracini (2006) e Melo (2007) recomendam cuidados com a residência do idoso. Eles destacam a importância de que esta tenha uma iluminação adequada, recomendam evitar o uso de tapetes, colocar barras de segurança em chuveiros e no vaso sanitário, entre outros, além de sugerirem o uso de próteses devidamente adaptadas, roupas e calçados confortáveis para um ajuste saudável com o ambiente.

A água limpa, o ar puro e os alimentos seguros também são considerados componentes importantes das condições ambientais, sendo fundamentais para toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis como é o caso dos idosos. Em seu material informativo sobre o Envelhecimento Ativo, a OMS (2005) salienta que o ambiente físico adequado à idade pode representar o limite entre a dependência e a independência, a interação social positiva e o isolamento, o desenvolvimento motor e o menor preparo físico.

#### **4.2.7 Determinantes sociais**

As oportunidades de educação, bem como a proteção contra violência e maus-tratos, são determinantes da qualidade do ambiente social. A falta de educação, os maus tratos, o isolamento social e a solidão aumentam o risco de deficiências e morte. A solidão e a fragilidade dos idosos podem torná-los mais vulneráveis a maus-tratos, furtos e agressões. O abuso sexual é uma forma de violência bastante comum, especialmente entre as mulheres (OMS, 2005)

Quanto à escolaridade, o IBGE (BRASIL, 2001b) indica a alfabetização como um método de analisar as políticas educacionais passadas, quando o acesso ao ensino fundamental, entre os anos de 1930 a 1950, era exclusivo a algumas classes sociais e especialmente com maior privilégio para os homens. Fazendo-se uma análise retrospectiva, é possível então entender porque em 1991 os alfabetizados (que sabiam

ler e escrever um pequeno bilhete) representavam 55,8% da população brasileira, ao passo que em 2000 esse contingente passou a ser de 64,8%. Assim, o contingente de idosos mais idosos que hoje encontramos, especialmente as mulheres, de maneira geral tem poucos anos de escolaridade. A OMS (2005) destaca que quanto mais baixos os níveis de instrução, maiores os índices de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento.

## 5 DESENHO METODOLÓGICO

Neste capítulo serão descritos os caminhos metodológicos que conduziram o estudo. Identificaram-se a importância da qualidade de vida e a possibilidade de relação entre esta e o envelhecimento ativo da população longeva, sendo o método delimitado com a finalidade de permitir levantar os dados pertinentes ao estudo, considerando as particularidades dos sujeitos envolvidos no mesmo.

### 5.1 MODALIDADE DE PESQUISA

Este estudo foi construído numa abordagem que busca quantificar os dados, obtidos por meio de técnicas específicas, empregando-se recursos e técnicas estatísticas (OLIVEIRA, 2007). A abordagem quantitativa foi escolhida por possibilitar o levantamento de dados acerca de uma população específica e permitir generalizá-los para esse extrato da população.

Trata-se de um estudo do tipo transversal, exploratório e descritivo. O estudo transversal, conforme descrito por Polit, Beck e Hungler (2004), envolve a coleta de dados em um ponto do tempo, sendo apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre eles. Segundo Gil (1999), as pesquisas exploratórias são a primeira etapa de uma investigação, permitindo-se evoluir para outras. Com base nesse tipo de estudo, podem surgir outros, mais amplos e profundos. Oliveira (2007) diz que a pesquisa descritiva permite avaliar o problema sobre vários aspectos de maneira abrangente, podendo-se analisar os dados obtidos em relação aos aspectos sociais, econômicos e políticos, entre outros.

Como técnicas de pesquisa, foram adotadas a entrevista utilizando-se da aplicação das escalas Whoqol-bref do Whoqol-old, as quais já foram validadas transculturalmente e possuem confiabilidade reconhecida internacionalmente, e de um *check-list* elaborado com base nos determinantes do envelhecimento ativo.

As escalas Whoqol permitem a obtenção de dados acerca de qualidade de vida. Essas escalas foram organizadas pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. O Whoqol-bref (ANEXO A), segundo Fleck *et al.* (2000), alia bom desempenho com praticidade, é rápido para ser aplicado, o que o coloca como uma boa

alternativa para a avaliação de qualidade de vida. Por sua vez, o Whoqol-old (ANEXO B) trata-se de um módulo complementar que pode ser aliado a instrumentos Whoqol já existentes, com o objetivo de testar a avaliação da qualidade de vida para as pessoas mais velhas (OMS, 1995).

O Whoqol-bref foi estabelecido com base no Whoqol-100, um instrumento de avaliação da qualidade de vida com 100 questões. O desenvolvimento do Whoqol-100 envolveu a participação de vários países, com aspectos culturais diferenciados, sendo estabelecida também uma versão brasileira. No entanto, houve a necessidade de instrumentos mais curtos e que contemplassem satisfatoriamente a avaliação de qualidade de vida, o que fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse o Whoqol-bref (FLECK *et al.*, 2000).

Na escala em questão, constam 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as outras 24 representam os domínios e as facetas que compõem o instrumento Whoqol-100. Cada faceta é avaliada por uma questão. Na tabela abaixo, são apresentados os domínios e as facetas do Whoqol-bref.

**Tabela 1 - Domínios e facetas do Whoqol-bref**

---

<b>Domínio 1 – domínio físico</b>
1. dor e desconforto
2. energia e fadiga
3. sono e repouso
9. mobilidade
10. atividades da vida cotidiana
11. dependência de medicação ou tratamentos
12. capacidade de trabalho
<b>Domínio 2 – domínio psicológico</b>
4. sentimentos positivos
5. pensar, aprender, memória e concentração
6. autoestima
7. imagem corporal e aparência
8. sentimentos negativos
24. espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Domínio 3 – relações sociais</b>
13. relações pessoais
14. suporte (apoio) social
15. atividade sexual
<b>Domínio 4 – meio ambiente</b>
16. segurança física e proteção

---

- 
17. ambiente no lar
  18. recursos financeiros
  19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
  20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
  21. participação em e oportunidade de recreação/lazer
  22. ambiente físico: (poluição/ruído/clima)
  23. transporte
- 

Fonte: Fleck; et.al, 2000

Estudo realizado por Fleck *et al.* (2000) comprova por meio de teste que os dados da versão abreviada em português do Whoqol-bref apresentam características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste.

Seguindo a avaliação de qualidade de vida, foi aplicada a segunda escala do Whoqol, denominada Whoqol-old. Dados do manual do Whoqol-old (OMS, 1995) descrevem que ele foi desenvolvido para testar uma medida genérica de qualidade de vida direcionada para adultos idosos que tivesse utilização internacional e transcultural. A escala acima citada é, portanto, um módulo do Whoqol na versão original que foi amplamente discutido e testado em diversas culturas.

O módulo Whoqol-old está organizado em 24 itens atribuídos a 6 facetas. A Tabela 2 apresenta as facetas, os conceitos e os conteúdos, além dos itens das facetas correspondentes à escala.

**Tabela 2** - Facetas, conceitos/conteúdos e itens das facetas no módulo Whoqol-old.

Faceta	Conceito/conteúdo	Itens das facetas
Habilidades sensoriais	Funcionamento sensorial, impacto da perda de habilidades sensoriais na qualidade de vida	1;2;10;20
Autonomia	Independência na velhice, capacidade ou liberdade de viver de forma autônoma ou tomar decisões	3;4;5;11
Atividades passadas, presentes e futuras	Satisfação sobre conquistas na vida ou coisas a que se anseia	12;13;15;19
Participação social	Participação nas atividades quotidianas, especialmente na comunidade	14;16;17;18
Morte e morrer	Preocupações, inquietações e temores sobre a morte e sobre morrer	6;7;8;9
Intimidade	Capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos	21;22;23;24

Fonte: OMS, Organização Mundial da Saúde. **Manual WHOQOL-OLD**, 1995. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>> Acesso em: 16 de agosto de 2008.

Com o objetivo de averiguar a presença de envelhecimento ativo entre os sujeitos do estudo, e com base em seus fatores determinantes, que são permeados por gênero e cultura, foi usado um *check-list* para levantamento desses dados.

Na literatura vigente, não se identificaram instrumentos validados que tratassem de envelhecimento ativo, havendo a necessidade de elaboração de um roteiro de entrevista (*check-list*) que favorecesse a coleta de dados. O roteiro proposto (APÊNDICE A) compõe-se de 35 questões relacionadas aos determinantes do envelhecimento ativo e aos fatores a ele atribuídos. Vale ressaltar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), não se pode atribuir uma causa direta a qualquer um desses fatores determinantes. O que aponta indícios de como os indivíduos e a população envelhecem é a interação entre os determinantes e seus fatores.

A Tabela 3 traz os determinantes do envelhecimento ativo, seus



fatores correlatos e os itens do questionário correspondentes a cada um dos fatores.

**Tabela 3** - Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator.

<b>Determinantes do envelhecimento ativo</b>	<b>Fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo</b>	<b>Itens de cada fator</b>
Determinantes transversais	Gênero; cultura	Identificação; gênero e cultura
Determinantes econômicos	Renda; proteção social; trabalho	1;2;3;4;5
Determinantes sociais	Educação e alfabetização; violência e maus tratos; apoio social	6;7;8;9
Ambiente físico	Moradia segura; quedas; água limpa, ar puro e alimentos	10;11;12;13;14
Determinantes pessoais	Biologia e genética; fatores psicológicos	15;16;17
Determinantes comportamentais	Tabagismo; atividade física; alimentação saudável; saúde oral; álcool; medicamentos; iatrogenia; adesão	18;19;20;21;22;23;24;25;26;27
Serviços sociais e de saúde	Promoção da saúde e prevenção de doenças; serviços curativos; assistência a longo prazo; serviços de saúde mental	28;29;30;31;32;33;34;35

Fonte: OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo:** Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Biblioteca Virtual Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em: 20 de maio de 2008.

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O local selecionado para o estudo foi um município do interior de Santa Catarina, que tem uma cobertura de 100% pela Estratégia Saúde da Família. Esse é um município de pequeno porte, localizado no Alto Vale do Itajaí, com economia baseada na agricultura familiar.

Dados do IBGE no senso de 2007 (BRASIL, 2007) definem que a

população do município é de 6.594 pessoas. Entre elas, 28% são moradoras da zona urbana e 72%, da zona rural. Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB 2009), 802 pessoas (12,16 %) tem mais de 60 anos.

A população idosa do município acompanha os hábitos de vida da população geral, 30,29% moram na área urbana e 69,7%, na área rural. Segundo as informações orais trazidas pelos agentes comunitários de saúde do município, pode-se dizer que em sua grande maioria os idosos convivem com companheiro, filhos, genros, noras e netos em uma mesma casa. Essa propriedade pode ser do idoso ou ter sido doada para o filho que cuida dos pais na velhice. A rede de suporte familiar é evidente. Entre descendentes de alemães, como é o caso de boa parte dos idosos do município, o cuidado com os pais idosos é de responsabilidade dos filhos, geralmente o mais novo, que mesmo depois de casado continua morando com os pais. Outra característica relevante é o fato de muitos casais, depois de certa idade, desfazerem-se de alguns bens na área rural e adquirirem uma propriedade na área urbana, deixando os terrenos rurais para os filhos.

Para compor a rede de serviços de saúde, o município conta com uma unidade hospitalar conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que atende intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas de baixo risco.

O serviço hospitalar pode ser acessado sempre que houver necessidade, tendo o pronto-socorro como porta de entrada. Visitas domiciliares são realizadas mediante solicitação de familiares ou dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e como rotina no caso de idosos acamados ou com comprometimento crônico de saúde que inviabilize a ida à Unidade de Saúde. O atendimento ambulatorial, realizado na unidade básica de saúde, quando direcionado para a população com mais de 60 anos, pode ser previamente agendado sendo garantido a estes idosos a prioridade no atendimento visto que não necessitam aguardar por filas de espera. Esse atendimento está vinculado a uma Unidade Central de Atendimento, ficando todas as atividades sob a responsabilidade de duas equipes da estratégia de saúde da família contando com serviço de saúde bucal, um médico ginecologista, um pediatra e uma fisioterapeuta. A rede de apoio-diagnóstico atende exames de média e baixa complexidade. atendimentos nas especialidades ou exames mais complexos são direcionados aos serviços de referência fora do município.

Como alternativa de convívio social para idosos, existem dois grupos de convivência que estão configurados como associações. Dentre

as atividades realizadas pelos participantes, podemos citar as culturais, educativas, recreativas e os passeios de integração com grupos de convivência de idosos de outros municípios da região.

Para realizar a coleta de dados, foi agendada previamente com os sujeitos da pesquisa uma visita em seu domicílio, respeitando-se a disponibilidade de cada entrevistado.

### 5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O processo de envelhecimento da população no município onde foi realizado este estudo acompanha o cenário mundial, com tendência à longevidade. Os sujeitos foram identificados com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município, que apresentaram uma relação nominada e dividida por faixa etária de todos os idosos, de acordo com a localidade de moradia. De posse desses dados, efetuou-se um corte amostral na população de idosos, em que foram selecionados os idosos com 80 anos ou mais de idade. Esse estrato da amostra permitiu o fortalecimento de sua representatividade.

A opção por esse estrato deu-se pelo interesse pessoal da pesquisadora em verificar as condições de qualidade de vida e envelhecimento ativo na população de idosos mais idosos e pela necessidade de não se perder essa amostra no intuito de contribuir oportunamente para verificar as experiências dos mais longevos e, com base nelas, programar ações que incentivem a qualidade de vida e o envelhecimento ativo no município.

Os critérios de inclusão na pesquisa consideraram pessoas de ambos os sexos, com idades igual ou superior aos 80 anos, lúcidas e orientadas, em condições de responder as perguntas que fazem parte dos instrumentos de coleta de dados, além do aceite em participar livre e espontaneamente do estudo. Os critérios de exclusão compreenderam capacidade cognitiva comprometida por patologias do tipo Alzheimer e deficiência mental não especificada, capacidade de comunicação afetada, não localização da pessoa a ser entrevistada após a terceira visita domiciliar e negativa da mesma em participar da pesquisa.

O ponto de equilíbrio para o estrato em estudo foi determinado com o apoio de uma estatística e com a inclusão dos dados no *software* intitulado Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web – SestatNet, considerando-se uma amostragem probabilística com um nível de confiança de 95% e uma precisão estimativa de, em média, 5%

(NASSAR; WRONSKI; OHIRA *et al.*, 2009).

Do total de 94 idosos com 80 anos ou mais, 1 estava viajando, 2 internados e/ou doentes durante o período das entrevistas, 1 com capacidade de comunicação afetada e 3 com comprometimento cognitivo, o que inviabilizou a coleta de dados. A população efetiva deste estudo então foi composta por 87 idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

#### 5.4 ENTRADA NO CAMPO

O fato de a pesquisadora ser enfermeira e atuar no município há dez anos, conhecendo a população estudada, favoreceu a aproximação com os envolvidos direta ou indiretamente nesta pesquisa.

O estudo foi socializado com os idosos que participam dos centros de convivência e, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, em todos os domicílios onde havia moradores com idade igual ou superior a 80 anos.

Após a divulgação, selecionaram-se os auxiliares de pesquisa. Os critérios para essa seleção exigiam ser universitário, com interesse na saúde do idoso e disponibilidade de realizar o levantamento de dados dentro do tempo estimado. Os auxiliares de pesquisa não foram remunerados e tiveram seus trabalhos convertidos em horas de atividades complementares para seus estudos.

Com a finalidade de homogeneizar a coleta de dados, realizou-se um treinamento para as auxiliares de pesquisa que se deu por meio de um seminário de capacitação realizado na UFSC, com duração de oito horas, com a contribuição da orientadora deste estudo. Foram apresentados e discutidos os instrumentos de pesquisa, e os procedimentos utilizados para a coleta de dados foram padronizados.

Os instrumentos de Whoqol nas suas versões brief e old são validados internacionalmente. No entanto, o *check-list* elaborado para colher dados referentes ao envelhecimento ativo necessitava de uma verificação. Foi realizado teste piloto com três idosos, escolhidos de maneira aleatória, com idades de 75, 78 e 79 anos, dois do sexo femininos e um do masculino, que compreenderam facilmente as perguntas, sendo necessário apenas acrescentar a possibilidade de se optar por mais de uma alternativa em algumas das respostas.

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu nos meses de julho e agosto de 2009, no domicílio dos entrevistados. As entrevistadoras, de posse de uma lista com os nomes e endereços dos entrevistados e da agenda de visitas feita previamente pela pesquisadora, iniciaram os procedimentos de coleta dos dados.

Quando da visita aos idosos, estes foram esclarecidos quanto aos objetivos deste estudo e aos procedimentos que envolviam a coleta dos dados. Os participantes também foram orientados sobre seus direitos, conforme o preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL,1996), e suas dúvidas foram sanadas pelas entrevistadoras. Os idosos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para aqueles que informaram não saber ler e/ou escrever e para os que tinham dificuldade em assinar seu próprio nome, o termo foi lido e minuciosamente explicado, e a assinatura do termo deu-se por meio da coleta de impressão digital.

Para proceder à coleta dos dados propriamente dita, os três instrumentos foram identificados por um mesmo número sequencial estabelecido previamente, garantindo-se o sigilo e anonimato das informações. Os mesmos foram utilizados obedecendo-se à seguinte ordem: *check-list* com o levantamento de dados acerca dos determinantes do envelhecimento ativo; escalas Whoqol-bref seguida da escala Whoqol-old, conforme preconizado pelo manual de aplicação. Todos os idosos entrevistados conseguiram responder os três instrumentos de coleta de dados num mesmo encontro, que teve a duração média de cinquenta minutos.

Os dados foram coletados por uma aplicação assistida na qual a pesquisadora ou as auxiliares de pesquisa fizeram a leitura das questões e das alternativas de resposta. Após a leitura, o idoso escolhia a alternativa que lhe parecia mais plausível, sem a intervenção do entrevistador. As respostas eram assinaladas ou anotadas e, após o preenchimento completo dos dados dos questionários, estes eram conferidos quanto às respostas e à identificação numérica.

Ao término da coleta dos dados, agradecia-se pela participação de cada sujeito de pesquisa, deixando-se sempre o contato telefônico da pesquisadora que poderia ser utilizado caso surgisse a necessidade de algum novo esclarecimento para o idoso.

## 5.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Logo após a coleta, os dados foram tratados e agrupados segundo as variáveis do estudo. A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha específica no programa Microsoft Excel 2003 e migrados para o Sistema Especialista usado para o Ensino de Estatística na Web – SestatNet. Para assegurar a qualidade dos dados registrados, efetuou-se controle automático dos dados digitados e conferência manual de todos os dados digitados retirados dos questionários.

Nenhum dos instrumentos coletados foi descartado por conta de estar preenchido equivocadamente ou por faltar resposta em alguma das perguntas.

Para variáveis categóricas, como foi o caso dos determinantes de envelhecimento ativo, utilizaram-se análises descritivas dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais, os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. Para as variáveis numéricas, foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão. A associação e correlação entre variáveis deram-se a partir dos testes de aderência qui-quadrado, teste de correlação de Pearson, teste de correlação de Spearman e teste Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

As escalas Whoqol-bref e Whoqol-old geraram dados brutos totais divididos em domínios específicos, que foram analisados através de regressão logística. A escolha por esse tipo de tratamento se deu ao fato dos dados apresentarem distribuição assimétrica e serem gerados a partir de escalas ordinais.

Os dados do Whoqol foram tratados de acordo com cada domínio e faceta. O Whoqol-bref consta de 26 questões, sendo que duas são questões gerais de qualidade de vida que não pontuam no escore geral, e as demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original – Whoqol-100 (WHO, 1996).

O módulo Whoqol-bref está organizado em 4 domínios: domínio 1- físico; domínio 2- psicológico; domínio 3- relações sociais e domínio 4- meio ambiente. O somatório das facetas que compõem cada domínio gerou o escore por domínios do Whoqol-bref; somando-se os escores de cada domínio obteve-se o escore geral de qualidade de vida do Whoqol-bref.

A relação de facetas que compõem cada domínio é apresentada na Tabela 4.

**Tabela 4 -** Relação de domínios e facetas do Whoqol-bref.

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>FACETAS</b>
Domínio 1- físico (7 facetas)	Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18
Domínio 2 – psicológico (6 facetas)	Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26
Domínio 3 – relações sociais (3 facetas)	Q20,Q21,Q22
Domínio 4- meio ambiente (8 facetas)	Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme On Mental Health. **Whoqol-bref:** Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996.

A análise dos dados do questionário Whoqol-bref seguiu a orientação de The Whoqol Group, conforme citado por Mazo (2003), que são:

1º- as questões para avaliar devem ser classificadas de 1 a 5 e os valores de cada resposta ficam como segue: (1=1); (2=2);(3=3); (4=4); (5=5);

2º- os valores das respostas das questões negativas, que são: Q3;Q4 e Q26, devem ser invertidos ficando: (1=5); (2=4);(3=3); (4=2); (5=1).

Considerando-se que os domínios não possuem o mesmo formato de pontuação e classificação, é necessária a conversão dos escores encontrados em cada domínio. Essa conversão se dá seguindo a tabela de conversão da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996), conforme segue no quadro 1.

Score encontrado	Domínio 1		Domínio 2		Domínio 3		Domínio 4	
	Score transformado	Score encontrado	Score transformado	Score encontrado	Score transformado	Score encontrado	Score transformado	
7	4	0	6	4	4	0	8	4
8	5	6	7	5	5	6	9	5
9	5	6	8	5	7	19	10	5
10	6	13	9	6	8	25	11	6
11	6	13	10	7	9	31	12	6
12	7	19	11	7	11	44	13	7
13	7	19	12	8	12	50	14	7
14	8	25	13	9	13	56	15	8
15	9	31	14	9	15	69	16	8
16	9	31	15	10	16	75	17	9
17	10	38	16	11	17	81	18	9
18	10	38	17	11	19	94	19	10
19	11	44	18	12	20	100	20	10
20	11	44	19	13			21	11
21	12	50	20	13			22	11
22	13	56	21	14			23	12
23	13	56	22	15			24	12
24	14	63	23	15			25	13
25	14	63	24	16			26	13
26	15	69	25	17			27	14
27	15	69	26	17			28	14
28	16	75	27	18			29	15
29	17	81	28	19			30	15
30	17	81	29	19			31	16
31	18	88	30	20			32	16
32	18	88					33	17
33	19	94					34	17
34	19	94					35	18
35	20	100					36	18
							37	19
							38	19
							39	20
							40	20

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme On Mental Health. **Whoqol-bref**: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996

**Quadro 1:** Método de conversão de escores por domínios do Whoqol-bref.



A análise e interpretação dos dados levantados através do Whoqol-old foi organizada de acordo com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que tem as estratégias definidas no manual Whoqol-old. Ressalta-se que escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Abaixo seguem os procedimentos de pontuação e interpretação subtraídos do Manual Whoqol-old (OMS, 1995).

O módulo Whoqol-old consiste em 24 itens atribuídos a seis facetas: Funcionamento do Sensório (FS); Autonomia (AUT); Atividades Passadas, presentes e futuras (PPF); Participação Social (PSO); Morte e Morrer (MEM); Intimidade (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens, portanto, para cada uma delas os valores possíveis podem oscilar entre 4 e 20. Os escores das seis facetas foram combinados para produzir um escore total do módulo Whoqol-old para qualidade de vida.

Para pontuar o questionário corretamente observou-se a organização de itens por facetas conforme descrito na Tabela 5.

**Tabela 5** – Lista de itens relacionados a facetas para o Módulo Whoqol-old.

<b>Facetas</b>	<b>Itens Relacionados</b>
Funcionamento do Sensório (FS) (4 itens)	old_01* old_02* old_10* old_20
Autonomia (AUT) (4 itens)	old_03 old_04 old_05 old_11
Atividades Passadas, presentes e futuras (PPF) (4 itens)	old_12 old_13 old_15 old_19
Participação Social (PSO) (4 itens)	old_14 old_16 old_17 old_18
Morte e Morrer (MEM) (4 itens)	old_06* old_07* old_08* old_09*
Intimidade (INT) (4 itens)	old_21 old_22 old_23 old_24
Escore Total(OLD) (24 itens)	old_01* old_02* old_03 old_04 old_05 old_06* old_07* old_08* old_09* old_10* old_11 old_12 old_13 old_14 old_15 old_16 old_17 old_18 old_19 old_20 old_21 old_22 old_23 old_24

**Fonte:** OMS, Organização Mundial da Saúde. **Manual WHOQOL-OLD**. 1995. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>> Acesso em: 16 de agosto de 2008.

Nota: \* Itens com escore reverso.

Basicamente, para itens expressos positivamente, atribui-se valores de 1 a 5 para cada resposta que ficam como segue: (1=1); (2=2);(3=3); (4=4); (5=5); para itens expressos negativamente, o escore foi recodificado.

Na lista de itens que consta na Tabela 5 estão assinalados com um “\*” os itens negativos que foram recodificados, de modo que os valores numéricos atribuídos foram invertidos: (1=5), (2=4), (3=3), (4=2), (5=1), seguindo-se a orientação do manual Whoqol-old (OMS, 1995).

O somatório dos valores de cada item da faceta gerou o escore bruto da faceta (EBF). A comparação dos escores entre as facetas foi possibilitada ao se comparar diretamente os escores brutos das facetas. Visto que todas as facetas incluem 4 itens com o mesmo formato de pontuação e classificação, não é necessária a transformação dos escores brutos (desde que todos os itens por faceta tenham sido respondidos). A produção do escore total do Whoqol-old envolve a adição dos escores das facetas de uma pessoa usando todos os itens (ao invés dos itens da faceta somente) do questionário.

Os valores obtidos nos escores das facetas individuais do módulo Whoqol-old e no escore total do mesmo representaram uma avaliação empírica da qualidade de vida dos adultos e idosos a partir do ponto de vista do respondente.

## 5.7 PROCEDIMENTO ÉTICO

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, é obrigatório, no caso de pesquisa com seres humanos, a garantia de explicação completa e acessível da natureza da pesquisa, benefícios e incômodos que podem ocorrer em decorrência da mesma. Além disto, prevê a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da entidade educadora bem como dos responsáveis pelo local de estudo. (BRASIL, 1996).

Esse estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e obteve sua aprovação conforme descrito no certificado nº. 098 (ANEXO C). O local de realização do estudo foi previamente consultado através do seu representante legal e como houve aquiescência para realização do estudo uma declaração de liberação do campo foi assinada (ANEXO D). A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foi iniciada a coleta dos dados mediante a assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido – TCLE pelos sujeitos. Nesse termo são esclarecidos os objetivos, métodos e garantia de anonimato do participante, bem como a ausência de riscos ao sujeito da pesquisa.

O TCLE foi assinado em duas vias, uma delas ficou em posse do entrevistado enquanto a outra permanece com a pesquisadora.

## 6 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de três artigos que estão formatados segundo as normas para publicação em revistas indexadas.

O primeiro artigo intitulado *Qualidade de vida de idosos mais idosos residentes na comunidade*, traz uma discussão sobre qualidade de vida em idosos com 80 anos ou mais. Teve por objetivo avaliar a variável qualidade de vida entre idosos mais idosos residentes em um município de Santa Catarina e identificar a percepção de qualidade de vida desses idosos segundo os domínios/facetos do Whoqol-bref do Whoqol-old. Será submetido à apreciação e publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

O segundo artigo teve por objetivo avaliar a variável envelhecimento ativo e averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos moradores de um município no interior de Santa Catarina. Esse artigo está intitulado: *Influência dos determinantes de envelhecimento ativo entre idosos mais idosos* e será apresentado como manuscrito para apreciação e publicação na revista Texto e Contexto Enfermagem.

O terceiro artigo será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) para apreciação e publicação. Esse artigo apresenta uma avaliação das variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos mais idosos residentes em um município de Santa Catarina e, explora a correlação entre os determinantes do envelhecimento ativo e os domínios/facetos da qualidade de vida, entre esses idosos. Tem por título: *Relação entre qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos*.

Ressalta-se que nesta apresentação os textos são manuscritos que ainda deverão ser trabalhados no que se refere à forma, ajustando-se o número de páginas ao preconizado pela norma das revistas.

### 6.1 ARTIGO 1: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

Artigo a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo E).

# QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS MAIS IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE<sup>1</sup>

Rosimeri Geremias Farias<sup>2</sup>  
Silvia Maria Azevedo dos Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** Pesquisa quantitativa, transversal, exploratória, descritiva. Avaliou-se a percepção da qualidade de vida de idosos com 80 anos ou mais, residentes no interior de Santa Catarina. Utilizaram-se técnicas de entrevista e escalas Whoqol-bref e Whoqol-old. Os dados dos 87 idosos, de ambos os sexos, foram coletados em seus domicílios entre julho e agosto de 2009. Fez-se análises descritivas dos dados, medidas descritivas de centralidade e dispersão. Associações e correlações deram-se a partir dos testes de correlação de Pearson e de Spearman ( $p \leq 0,05$ ). Obtiveram-se escores de qualidade de vida de 88,37 na avaliação do Whoqol-bref e, 90,34 no Whoqol-old. Identificou-se correlações de maior significância nos domínios físico e meio ambiente ( $r=0,45$ ;  $p=0,0000044$ ), autonomia e atividades passadas, presentes e futuras ( $r=0,69$ ;  $p < 0,000001$ ). Os resultados apontaram avaliação positiva da qualidade de vida, escores totais altos nas duas modalidades de Whoqol. Concluiu-se que é possível ter boa qualidade de vida entre idosos mais idosos.

**Descritores:** idoso de 80 anos ou mais, envelhecimento, qualidade de vida.

**Abstract:** This is a quantitative, transversal, explorative, and descriptive research. It was evaluated the perception of the quality of life of 80-years-old elders, or over such age, living in the interior of the Santa Catarina State / Brazil. Interview techniques and Whoqol-bref and Whoqol-old scales were used. The data collection was held at the homes of the interviewed subjects, from July to August / 2009; the

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade – Modalidade Interinstitucional UFSC/Unochapecó e Associadas, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, em 2010.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Minter Unochapecó. Bolsista CAPES. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIDAVI. E-mail: rosimeri\_farias@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

sample consisted of 87 elders (male and female altogether). Data descriptive analysis, centrality and dispersion descriptive measures were made. The association and correlation was given through the Pearson and Sperman correlation tests ( $p \leq 0,05$ ). The quality of life scores obtained were 88,37 through the Whoqol-bref, and 90,34 through the Whoqol-old. Higher significance correlations were identified in the physical and environmental ranges ( $r=0,45$ ;  $p=0,0000044$ ), autonomy and present, past, and future activities ranges ( $r=0,69$ ;  $p < 0,000001$ ). The results showed a positive evaluation on the life quality, high total scores in both Whoqol scales. It was concluded that it is possible to have a good quality of life even among older elders.

**Descriptors:** 80-years-old or older elder, aging, quality of life.

**Resumen:** Esta es una investigación de abordaje cuantitativa, transversal, exploratoria y descriptiva. Se evaluó la percepción de la calidad de vida de ancianos con 80 años o más, residentes en el interior del Estado de Santa Catarina, Brasil. Se utilizaron las técnicas de entrevista y las escalas de Whoqol-bref y Whoqol-old. La recolección de los datos ocurrió en los hogares de los entrevistados, desde julio hasta agosto de 2009, con una muestra compuesta por 87 ancianos, de ambos los sexos. Se utilizó el análisis descriptivo de los datos, medidas descriptivas de centralidad y dispersión. Asociaciones y correlaciones ocurrieron por medio de testes de correlación de Pearson y de Sperman. ( $p \leq 0,05$ ). Los índices de calidad de vida fueron de 88,37 en la evaluación a través de la Whoqol bref y de 90,34 en la evaluación con la Whoqol old. Se identificó correlaciones de mayor significación entre los dominios físico y medio ambiente ( $r=0,45$ ;  $p=0,0000044$ ) y entre los dominios autonomía y actividades presentes, pasadas y futuras ( $r=0,69$ ;  $p < 0,000001$ ). Los resultados muestran una evaluación positiva de la calidad de vida, resultados totales altos en las dos modalidades de Whoqol. Se concluyó que es posible tener buena calidad de vida entre los ancianos mayores.

**Descritores:** anciano con 80 años o más, envejecimiento, calidad de vida.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido, nos últimos anos, tema de frequentes discussões entre os estudiosos na área da saúde e da gerontologia. Para a Organização Pan-americana de Saúde, o envelhecimento é compreendido como um processo contínuo na vida de cada indivíduo e numa mesma espécie, ocasionado por múltiplos fatores

e com variadas repercussões que não significam necessariamente a presença de doenças. No entanto, o envelhecimento ocasiona redução gradual da capacidade de enfrentamento em situações estressantes o que torna o indivíduo mais vulnerável a morte<sup>(1)</sup>.

Atualmente no Brasil existem cerca de 17,6 milhões de idosos e, destes, 12,8% são considerados idosos mais idosos por possuírem idade igual ou superior a 80 anos. Fato esse que demonstra que, realmente, a população brasileira vem sofrendo uma significativa transformação em sua pirâmide etária<sup>(1)</sup>.

Idosos muito idosos, com 80 anos ou mais são pertencentes à quarta idade, configurando-se esta como a fase de declínio, na qual as capacidades físicas e cognitivas tendem a acelerar sua decadência<sup>(2)</sup>. Contudo, existem diversas formas de envelhecer e de encarar esse processo. O equilíbrio entre os limites impostos pelos anos de vida e as capacidades de cada indivíduo interferem na qualidade do envelhecimento.

Com o aumento da expectativa de vida, a preocupação com a qualidade de vida vem ganhando expressão e vale lembrar que, não basta envelhecer, faz-se necessário um processo de envelhecimento saudável. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida<sup>(3-4)</sup>.

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), World Health Organization Quality of Life Group – Whoqol Group, propõe como conceito para qualidade de vida (QV) a seguinte definição: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(5)</sup>.

Três aspectos importantes estão implícitos no conceito proposto pelo Whoqol Group: a subjetividade quando considera a perspectiva do indivíduo; a multidimensionalidade quando considera que a qualidade de vida é composta de várias dimensões; e a presença de medidas positivas e negativas (ex. presença de mobilidade e ausência de dor). Neste olhar, qualidade de vida é considerado um conceito amplo, que pode incorporar aspectos da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente<sup>(5)</sup>. Para discutir qualidade de vida neste estudo será considerado o conceito proposto pelo Whoqol Group, com todos os aspectos que envolvem o conceito.

A ideia de qualidade de vida associada à velhice pode ser entendida como um processo adaptativo multidimensional, que depende

de muitos elementos em interação constante ao longo da vida do indivíduo e da capacidade do sujeito para lidar com diferentes demandas<sup>(6)</sup>.

Nos últimos 30 anos, devido ao crescimento do número de idosos e a expansão da longevidade, o envelhecimento populacional tornou-se um dos maiores desafios da saúde pública. Ampliaram-se as preocupações com a qualidade de vida na velhice. As questões que dizem respeito ao bem-estar físico, psicológico e social dos idosos interessam para a programação de políticas públicas de saúde, seguridade social, trabalho e educação<sup>(7)</sup>. A qualidade de vida pode ser usada para determinar a presença ou ausência de uma característica de vida, para verificar os valores que caracterizam um indivíduo ou população e indicar características que devem estar presentes para que se tenha vida de qualidade<sup>(8)</sup>.

Este estudo teve o interesse em responder s seguinte pergunta: Como os idosos mais idosos residentes na zona urbana e rural de um município de Santa Catarina percebem a sua qualidade de vida? Para tanto, teve por objetivos avaliar a variável qualidade de vida entre idosos mais idosos residentes em um município de Santa Catarina e identificar a percepção de qualidade de vida desses idosos segundo os domínios/facetas do Whoqol versão Bref e Old.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, transversal, do tipo exploratória, descritiva. O local da pesquisa foi em um pequeno município do interior de Santa Catarina, com uma população de 12,16% de idosos acima de 60 anos e 10,85% acima de 80 anos, localizado na região do Alto Vale do Itajaí, de colonização tipicamente germânica.

A população do estudo foi constituída por idosos com mais de 80 anos, que recebem atendimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município em questão, tendo como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 80 anos, estar lúcido e orientado, em condições de responder aos instrumentos de pesquisa e aceitar livre e espontaneamente participar da mesma. Como critério de exclusão foi adotado a capacidade cognitiva e de comunicação afetadas, comprometendo a coleta de dados e o fato de não localizar o idoso após a terceira visita. O ponto de equilíbrio para o estrato em estudo foi determinado considerando uma amostragem probabilística, com um nível de confiança de 95% e uma precisão estimativa de, em média, 5%. Do total de 94 idosos com 80 anos ou mais, 1 estava viajando, 2 internados e/ou doentes durante o período das entrevistas, 1 com



capacidade de comunicação afetada e 3 com comprometimento cognitivo o que inviabilizou a coleta de dados. A população efetiva desse estudo foi composta por 87 idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

A coleta de dados foi realizada em inquérito domiciliar, aplicado com a técnica de entrevista, no período entre julho e agosto de 2009, com apoio de três auxiliares de pesquisa, devidamente treinadas. Adotou-se para a coleta de dados os instrumentos do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) nas suas versões Bref e Old<sup>(9-10)</sup>. Os dados coletados foram sistematizados e inseridos em um banco de dados, construído em Excell versão 2003 e migrados para o Sistema Especialista no Ensino de Estatística na Web – SestatNet<sup>(11)</sup>.

Para variáveis categóricas utilizaram-se análises descritivas dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais, os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. Para as variáveis numéricas foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão. A associação e correlação entre variáveis deram-se a partir dos testes de aderência qui-quadrado, teste de correlação de Pearson e teste de correlação de Spearman. Para avaliação dos escores do Whoqol-bref e do Whoqol-old, algumas questões foram recodificadas possibilitando um resultado final positivo. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados conforme preceitos estabelecidos na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (certificado n° 098) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município local onde os idosos foram assistidos. Os idosos sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A média de idade entre os 87 idosos que participaram do estudo foi de 83 anos com um desvio padrão de 3,40. Quanto à distribuição por faixa etária, observou-se que 94,25% dos idosos tinham entre 80 e 89 anos, e que 5,75% tinham 90 anos ou mais. Quanto ao gênero, 50,57% eram do sexo feminino e 49,43% do sexo masculino. Apenas no grupo de idosos com 82 anos são prevalentes os indivíduos do sexo masculino – 13,79% do total de idosos, enquanto que as mulheres correspondem a 4,60% do total. A prevalência de mulheres é evidenciada somente nos idosos com mais de 90 anos nos quais todos os indivíduos são do sexo

feminino.

No que se refere à raça, 96,55% são brancos e 74,71% se dizem de origem alemã. A religião predominante entre esses idosos é a católica (55,17%), sendo que católicos e evangélicos correspondem a 83,91% dos entrevistados. Todos os idosos manifestaram seguir uma religião.

Em sua maioria, 86,21%, os idosos referiram ter trabalhado na agricultura. Essa porcentagem é favorecida pela característica do município de residência onde 72% da atividade econômica é desenvolvida na agricultura<sup>(12)</sup>. A aposentadoria configura o modo de provimento de recursos de 97,70% dos idosos, enquanto que 2,30% se dizem pensionistas. A renda mensal da maioria dos idosos desse estudo, 48,28%, é entre 1 e 2 salários mínimos.

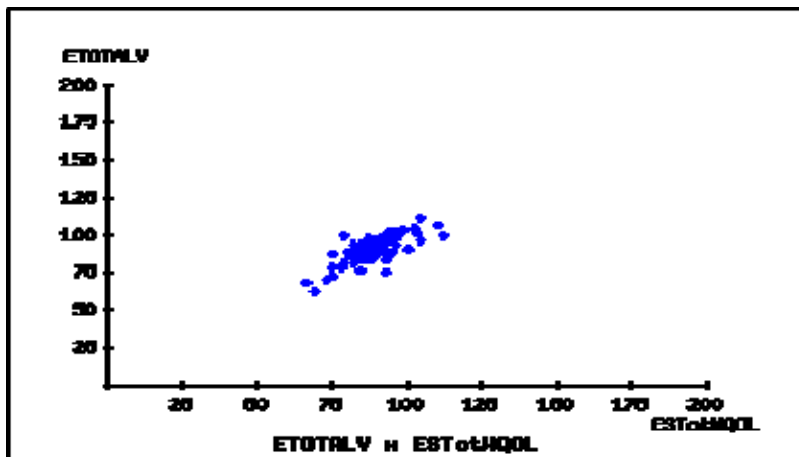
Quanto à escolaridade, constatou-se que 31 pessoas (35,63%) tinham até dois anos de escolaridade e 11 idosos (12,64%) eram analfabetos. Encontrou-se uma média de 3,1 anos de escolaridade.

No que se refere ao grau de satisfação com a saúde, 62,07% dos idosos declararam-se satisfeitos. Se somados aos 11,49% que referem estar muito satisfeitos com a sua saúde, encontramos 73,56% dos idosos satisfeitos com a sua saúde. Apenas 3,45% dizem estar insatisfeitos com sua saúde.

A qualidade de vida desses idosos é avaliada por 57,47% deles como sendo boa. Os extremos podem ser verificados quando 16,09% dizem que sua qualidade de vida é muito boa enquanto que 2,3% dizem ser muito ruim.

O escore total de qualidade de vida, expresso através do whoqol-bref, para os idosos mais idosos do município onde foi realizada essa pesquisa tem uma média de 88,37 (dp 8,23), enquanto que a média do escore total do whoqol-old é de 90,34 (dp 8,89). Vale ressaltar que escores mais altos representam melhor qualidade de vida.

A correlação de Pearson para a qualidade de vida entre o whoqol-bref e o whoqol-old tem um coeficiente de correlação  $r$  de Pearson de 0,75 ( $p < 0,01$ ). Esse índice mostra uma relação positiva, entre moderada e forte. A figura 1 representa esta correlação.



Fonte: Entrevistas realizadas com uso das escalas do Whoqol-bref e Whoqol-old, 2009.

**Figura 1** - Correlação entre o escore total de QV Whoqol-old e o escore total de QV Whoqol-bref – em idosos mais idosos de um município de SC, 2009.

A avaliação da qualidade de vida – QV por domínios do Whoqol-bref aponta que os domínios mais significativos são o domínio das relações sociais, seguido pelos domínios psicológico, meio ambiente e domínio físico. Considerando-se uma amplitude de 0 a 100, a Tabela 1 apresenta os escores médios por domínio no Whoqol-bref.

**Tabela 1** - Média e desvio padrão dos escores dos domínios do Whoqol-bref, em idosos mais idosos de um município de SC, 2009.

Domínio	Média	Desvio padrão
Físico	62,78	13,90
Psicológico	67,89	13,18
Relações sociais	76,66	9,40
Meio ambiente	67,05	9,90

Fonte: Entrevistas realizadas com uso das escalas do Whoqol-bref, 2009.

Quanto às facetas, no domínio físico, dor e desconforto é uma faceta geradora de insatisfação entre 27,58% dos idosos.

A faceta sono e repouso recebeu o maior índice de satisfação entre todas as facetas do domínio físico. Para esta, 81,60% dos idosos dizem estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua condição em relação ao sono.

No domínio psicológico, a faceta que se destaca para contribuir positivamente com o escore do domínio é a auto-estima. Em sua maioria (95,40%), os idosos estão satisfeitos ou muito satisfeitos consigo mesmo, apenas 1 idoso (1,14%) revelou-se insatisfeito consigo mesmo. Além disso, 81,60% dos idosos dessa pesquisa aceitam sua aparência física e 89,65% dizem que nunca ou raramente tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

O domínio das relações pessoais, o mais significativo para a formação do escore de qualidade de vida, tem sua avaliação extremamente favorável em todas as suas facetas. Apenas na faceta atividade sexual encontram-se pessoas que estão muito insatisfeitos (1,14%) ou insatisfeitos (2,29%). Em contraponto, 62,06% dos idosos revelam-se satisfeitos com sua vida sexual após os 80 anos. Na faceta suporte/apoio social, 98,85% dos idosos consideram-se satisfeitos com o apoio que recebem dos seus amigos.

A faceta ambiente no lar recebeu a maior significância no domínio meio ambiente. O lugar onde moram é considerado confortável por 94,25% dos idosos. Os demais, 5,75% deles, acham o seu local de moradia mais ou menos confortável.

As oportunidades de recreação e lazer configuram a fonte geradora de insatisfação entre 22,98% dos idosos. Com configuração semelhante, 20,68% dos idosos referem ter poucas oportunidades de adquirir novas informações e habilidades.

Na avaliação de QV, oportunizada pelo Whoqol-old, as facetas morte e morrer, participação social e intimidade contribuíram com as médias mais expressivas, seguidos pelas facetas atividades passadas, presentes e futuras, funcionamento sensório e autonomia. A média dos escores por facetas do Whoqol-old pode ser constatada na tabela 2.

**Tabela 2** - Média e desvio padrão dos escores brutos das facetas do Whoqol-old (amplitude de 4 à 20), em idosos mais idosos de um município de SC, 2009.

Facetas	Média	Desvio padrão
Funcionamento do sensório	14,35	2,94
Autonomia	14,25	2,38
Atividades passadas, presentes e futuras	15,13	1,84
Participação social	16,22	3,09
Morte e morrer	16,93	2,75
Intimidade	15,68	2,34

Fonte: Entrevistas realizadas com uso da escala do Whoqol-old, 2009.

A correlação entre os escores por facetas da escala Whoqol-old pode ser observada entre as facetas funcionamento sensório e autonomia numa correlação de Pearson ( $r\ 0,20$ ;  $p<0,031$ ), sendo que a correlação de Spearman expressa as correlações entre as demais facetas. A correlação de Spearman mais significativa (correlação moderada), entre facetas, é entre a faceta autonomia e atividades passadas, presentes e futuras ( $r\ 0,69$ ;  $p<0,000001$ ). A correlação entre atividades passadas, presentes e futuras e participação social ( $r\ 0,46$ ;  $p\ 0,0000032$ ) e entre autonomia e participação social ( $r\ 0,46$ ;  $p\ 0,0000036$ ) são avaliadas como correlações fracas. As correlações entre as demais facetas têm pouca significância estatística.

A autonomia, enquanto noção e exercício do autogoverno<sup>(7)</sup>, é verificada pela liberdade de tomar decisões e o quanto as pessoas que os cercam respeitam sua liberdade, pela capacidade de controle do futuro e pelo fato de conseguirem fazer as coisas que gostariam de estar fazendo. Os idosos informam, em sua maioria, 84,45%, ter liberdade de tomar decisões e 85,05% dizem ter sua liberdade respeitada.

Na faceta atividades passadas, presente e futuras constata-se que 93,10% dos idosos estão satisfeitos com o que alcançaram em suas vidas. Enquanto que 85,05% dizem receber o reconhecimento que merecem e 73,56% estão felizes com o que esperam daqui para frente. Entretanto, somente 49,52% identificam que tem muitas oportunidades e realizações na vida para continuarem alcançando.

A descrição dos idosos quanto a sua capacidade de controlar o futuro é manifestada de maneira satisfatória quando apenas 7,00% deles alegam ter muito pouco ou nenhuma capacidade de controlar o seu

futuro.

A idade avançada traz desafios e incertezas para os idosos quanto ao seu futuro. A maioria dos idosos (40,00%) alega ter controle mediano sobre seu futuro. Mas, é expressivo o fato de 33,00% dos idosos conferirem o valor “bastante” para o controle sobre o seu futuro. O fato de 94,25% dos idosos mais idosos que participaram desse estudo dizer que têm muito pouco ou não têm medo da morte reforça o controle sobre o seu futuro.

Ainda na faceta autonomia, apresenta-se a avaliação do próprio idoso quanto à possibilidade de fazer as coisas que gostaria de fazer. Aqueles que dizem que não conseguem correspondem a 22,98%, enquanto 41,37% referem que conseguem fazer parte do que gostariam e 35,63% fazem tudo o que gostariam de fazer.

Quanto à participação social dois itens receberam uma avaliação negativa dos idosos. Alguns idosos (16,09%) demonstram-se insatisfeitos com as oportunidades de participar de atividades na comunidade e na mesma proporção (16,09%) referem ter muito pouco para fazer ao longo do dia. Esse fato pode ser comprovado com dados levantados no Whoqol-bref quando idosos referem poucas oportunidades de recreação e lazer. Por outro lado, 70,11% dos idosos se dizem satisfeitos com a maneira com a qual usam o seu tempo e 65,51% demonstram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o seu nível de atividade.

Quanto a faceta funcionamento sensório constata-se que apesar das limitações impostas pelo envelhecimento, 52,87% dos idosos avaliam como bom/muito bom o funcionamento de seus sentidos. As perdas nos sentidos afetam as atividades diárias de 50,57% deles.

As experiências amorosas – faceta intimidade – entre estes idosos são destacadas quando 85,05% dos idosos dizem ter oportunidades para serem amados e 96,55% sentem amor na sua vida.

## **DISCUSSÃO**

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>(12)</sup> informa que a expectativa de vida das mulheres é em torno de oito anos mais que dos homens. Isso pode significar um aumento de em média 4% na quantidade de mulheres idosas em relação aos homens. Nesta população, encontrou-se certa paridade entre os sexos, que foi observada ano a ano, ao contrário do esperado para a população de idosos em geral.

Contudo, conforme apontam os estudos na literatura a maior expectativa de vida das mulheres não corresponde necessariamente a

uma melhor qualidade de vida<sup>(13)</sup>. As mulheres vivem mais, mas são vítimas mais frequentes de violência doméstica, discriminação e, por viverem mais, tem maior chance de tornarem-se frágeis e/ou sofrerem agravos em sua saúde<sup>(14)</sup>.

A forma como as pessoas idosas e o processo de envelhecimento são encarados por uma sociedade é determinada por elementos culturais<sup>(14)</sup>. A influência da cultura alemã determina o estilo de vida da população de idosos desse estudo. Mantêm-se hábitos familiares, sociais e religiosos característicos de povos de origem europeia. As famílias são ampliadas, é comum os filhos casarem e constituírem a sua própria família, mas continuarem a morar com seus pais. Esse aspecto foi bastante encontrado no contexto desse estudo, o que favorece o comprometimento da família nos cuidados com os seus idosos. A presença marcante da colonização alemã e também de outros grupos étnicos europeus como italianos, poloneses e portugueses colabora ainda para a determinação da raça dos indivíduos entrevistados. O fato de definirem-se como brancos, em sua maioria, pode ser explicado pela história de colonização da região. Dados do IBGE fortalecem os resultados deste estudo ao informar que a região Sul é constituída por 80,80% de pessoas brancas<sup>(12)</sup>.

A religiosidade esta ligada a vida do homem independente de sua raça, cultura ou tempo histórico. Estudos longitudinais evidenciam que as atividades religiosas diminuem com o envelhecimento em virtude de limitações físicas, entretanto, as atitudes religiosas permanecem estáveis nesse grupo. Contudo, não se consegue determinar se o envelhecimento é a causa do aumento de religiosidade<sup>(6)</sup>. A menção de pertencer a uma religião, manifestada por todos os idosos entrevistados configura a presença de religiosidade em suas vidas. Quando a maioria deles se diz de religião católica, considera-se que acompanham o cenário nacional que, segundo o censo demográfico de 2000<sup>(15)</sup>, tem a sua maioria composta por católicos (73,89%).

O mesmo censo demográfico de 2000<sup>(15)</sup> traz dados sobre a fonte de renda da população. No que tange aos idosos, constata-se que a maioria dos brasileiros com idade superior a 60 anos são aposentados e percebem até um salário mínimo de renda. Essa é também a realidade entre os idosos que participaram deste estudo. Assim, revela-se o baixo poder aquisitivo, uma das características marcantes da população idosa no Brasil<sup>(13)</sup>.

Além do baixo poder aquisitivo, é evidente também, entre os entrevistados, a baixa escolaridade. Esse dado pode expressar as dificuldades de acesso à escola que esses idosos tiveram, quando na

infância, o que era muito comum em sua época. Não só pelo pequeno número de escolas e professores capacitados para trabalharem nos pequenos municípios, como também pela pouca valorização do estudo entre essas famílias, no qual o foco era mão de obra para garantir a produção agrícola.

Estudo feito com idosos na Colômbia informa que lá a média de escolaridade é de 2,1 anos<sup>(2)</sup>. Quanto aos dados nacionais, a média de escolaridade entre os idosos brasileiros é de 3,4 anos. A baixa escolaridade e o analfabetismo podem limitar o acesso dos idosos a informações escritas e comprometer o nível de entendimento dos indivíduos<sup>(16)</sup>. Neste cenário de baixa escolaridade compreendem-se as iniciativas públicas e não governamentais de alfabetização e educação continuada de adultos e idosos<sup>(17)</sup>.

A saúde é um dos componentes importantes na autopercepção da qualidade de vida. Entre idosos coreanos, moradores em comunidades rurais, 67,00% percebem como boa a sua saúde, dado que corrobora com os resultados desta pesquisa. Na Colômbia, estudo aponta que 47,00% dos idosos sentem-se saudáveis e 12,00% referem sua saúde como muito ruim, entre estes estão os idosos com mais de 80 anos<sup>(2)</sup>. A saúde, tanto nos seus aspectos objetivos quanto nas reações subjetivas correspondente ao estado de saúde, é um componente da qualidade de vida<sup>(8)</sup>. Mesmo considerando que as comorbidades são comuns entre idosos e acreditando que a incidência de doenças crônicas são merecedoras de cuidados constantes, esses fatos não afetaram a satisfação dos idosos com sua saúde. A boa saúde é um recurso para a boa qualidade de vida.

A percepção de qualidade de vida entre idosos de um distrito do município de Florianópolis/SC aponta que 72,72% dos idosos percebem sua qualidade de vida como boa ou muito boa<sup>(18)</sup>. Em estudo realizado para avaliação da qualidade de vida autopercebida por idosos na Espanha verificou-se que 69,30% idosos percebem sua qualidade de vida como boa e 20,20% como muito boa<sup>(19)</sup>. O grau de satisfação com a vida depende de esperança, visão de futuro, propósito, significado, persistência e autoeficácia.

Na avaliação da própria vida o indivíduo considera as suas experiências passadas, neste caso as duas últimas semanas serviam como referência para as avaliações, suas conquistas e fracassos e a própria perspectiva de futuro<sup>(20)</sup>. Quando os idosos com idades iguais ou superiores aos 80 anos avaliam positivamente sua qualidade de vida, o que é o caso dos idosos deste estudo, pode-se considerar que suas expectativas de futuro são também favoráveis.



Na avaliação de qualidade de vida, norteadas pelas escalas de Whoqol, evidenciou-se altos índices de qualidade de vida. Considerando-se que o Whoqol-bref permite uma avaliação mais ampla dos fatores que contribuem para a qualidade de vida e que o Whoqol-old considera aspectos direcionados especificamente para idosos, a evidência de associação linear entre as variáveis que compreendem os dois instrumentos leva a crer que em ambos os aspectos, esses idosos percebem-se com qualidade de vida, ampliando a relevância dos achados.

Quando correlacionados os escores dos domínios com o escore total do Whoqol-bref, o domínio que apresenta melhor correlação no teste de Spearman é o domínio físico ( $r$  0,86;  $p < 0,01$ ). O domínio meio ambiente tem um coeficiente de Pearson de 0,74 ( $p < 0,01$ ). Ambas as situações apresentam correlações positivas entre moderadas e altas.

Os testes de correlação entre os escores por domínios do Whoqol-bref definem que a correlação mais efetiva revelada pelo coeficiente de Pearson está entre o domínio físico e o domínio meio ambiente ( $r$  0,45;  $p < 0,05$ ) seguido da correlação de Spearman entre o domínio físico e o domínio psicológico ( $r$  0,28;  $p < 0,05$ ).

Então, os testes de correlação demonstram que situações tais como: mobilidade, sono e repouso, capacidade para trabalho, segurança física e proteção, recursos financeiros, entre outros, interferem significativamente na qualidade de vida de idosos mais idosos.

Considerando-se que dor e desconforto são facetas importantes no domínio físico, entende-se que a presença de dor pode interferir na qualidade de vida. Nesta pesquisa, boa parte dos idosos não manifesta queixas de dor. A dor no idoso frequentemente está associada a processos patológicos, especialmente as doenças relacionadas ao sistema osteomuscular. Assim, para poder analisar com profundidade a relação da dor com a qualidade de vida faz-se necessário realizar outro estudo que verifique as possíveis causas de dor e desconforto entre esses idosos, pois se pensarmos em mobilidade, 52,87% dos idosos relatou que a sua capacidade de se locomover é boa ou muito boa.

Entretanto, 60,91% referiram depender bastante ou extremamente de medicamentos e tratamentos médicos para levar sua vida diária. Esse dado comparado ao estudo realizado com idosos mais jovens de um município da grande Florianópolis, onde 62% deles afirmam necessitar bastante ou extremamente de medicamentos para levar sua vida diária<sup>(21)</sup>, permite deduzir que idosos não tendem a maior dependência de medicamento por conta do envelhecimento. A dor pode ser um dos fatores que leva o idoso a depender de medicamentos. Vale ressaltar que

a polifarmácia (utilização concomitante de mais de três medicamentos de uso diário) é frequente entre os idosos o que provoca grandes riscos de efeitos colaterais e interações medicamentosas indesejáveis<sup>(21)</sup>.

É sabido que o sono noturno dos idosos é frágil e superficial, caracterizado por despertares momentâneos e por perda do sono profundo. Desordens do sono são comuns em idosos. O declínio das funções cognitivas está associado ao aumento da sonolência durante o dia e consequentemente noites mal dormidas<sup>(7)</sup>. O fato dessa população de idosos referirem satisfação com o sono pode estar associado ao uso de medicamentos indutores do sono e também em função de manterem-se ativos durante o dia. Isso pode ser representado quando 56,32% deles dizem estar satisfeitos com as atividades que executam diariamente e 51,72% informam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua capacidade para o trabalho.

A autoestima pode ser definida como o sentimento, apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma<sup>(22)</sup>. Em estudo realizado com idosos assistidos pelo serviço de geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram encontrados índices médios de pontuação na escala de autoestima (escala com valores de 0 e 30) entre 7,3 (dp  $\pm$ 4,37) e de 9,91(dp  $\pm$ 6,14). Neste mesmo estudo, entre 22,27% e 43,44% dos idosos dizem que estão satisfeitos com sua imagem corporal<sup>(23)</sup>. O alto nível de satisfação consigo mesmo e com a sua aparência são diferenciais entre os idosos do estudo mencionado anteriormente e dos idosos deste estudo.

Um dos componentes envolvidos na autoestima é a imagem corporal. A importância da aparência é o grau de importância que a imagem corporal tem em relação à própria autoestima<sup>(23)</sup>. O fato dos idosos neste estudo demonstrarem-se satisfeitos consigo mesmos, aceitarem sua aparência física e não demonstrarem índices elevados de sentimentos negativos configura a elevada média do domínio psicológico e sua relevância na formulação do escore total de qualidade de vida. Assim, pode-se dizer que uma boa autoestima pode ser vista como uma forma adequada de entender e vivenciar o processo de envelhecimento, contribuindo com a qualidade de vida dos idosos.

A autoestima elevada interfere também nas relações com outras pessoas e entre estas relações, as manifestações de sexualidade. Inquéritos acerca da sexualidade do idoso concluem que existem outras formas de expressar carinho que não sejam sexuais, podendo ser formas de demonstrar a sexualidade. Na terceira idade assim como nas demais faixas etárias, a sexualidade não se refere somente ao ato sexual, mas

sim a troca de afeto, carinho, companheirismo, vaidade e cuidado corporal<sup>(21)</sup>.

Estudo realizado com idosos moradores de áreas urbanas revela que os grupos de terceira idade configuram um importante espaço de socialização de idosos. As descrições literárias sobre apoio e redes sociais apontam que idosos devem manter as relações sociais com familiares e especialmente com amigos da mesma geração, isto favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos. Quando se trata de amigos, vale lembrar, que esses são de livre escolha, portanto, relacionamentos com amigos são mais funcionais no atendimento de necessidades afetivas dos envolvidos. Desempenhar papéis sociais diante de sua família e amigos é importante para que o idoso fortaleça suas redes de suporte social e familiar de modo saudável. A convivência direta ou indireta com amigos e familiares preservam a dignidade e assegura a manutenção do papel existencial<sup>(24)</sup>.

Não apenas o convívio com outras pessoas, mas também os ambientes físicos adequados contribuem para a qualidade de vida dos idosos. Muitos idosos permanecem longos períodos em seus domicílios e esses devem estar preparados para atender suas necessidades com segurança. Ambientes seguros podem representar a diferença entre dependência e a independência de idosos. Moradia confortável e segura é essencial para o bem-estar do idoso<sup>(14)</sup>. A manifestação de morar por muito tempo no mesmo local e o fato de estarem adaptados aos locais de moradia fazem com que os idosos sintam-se confortáveis no ambiente onde vivem.

Entretanto, espaços de convivência e serviços alternativos para idosos devem compor as diretrizes de políticas de saúde voltadas para essa população. Estudo realizado com octogenários em São Paulo constatou a queixa dos idosos quanto à falta de acesso a serviços alternativos, além de estes informarem que não realizam atividades físicas<sup>(17)</sup>. Idosos que participaram em estudo no município de Alambari/SP declaram que o lazer pode ser definido como “o melhor da vida”<sup>(25)</sup>. A idade avançada sugere a presença de comorbidades, conseqüentemente, esse pode ser motivo de afastamento do convívio social. A falta de acesso aos meios de transporte, as barreiras arquitetônicas e sociais também comprometem o acesso do idoso a atividades de lazer. O fato de este estudo ter sido realizado em município com características rurais, onde as oportunidades de lazer e recreação de modo geral só estão disponíveis para a população mais jovem, justifica a queixa dos idosos, que além da falta de oportunidades de recreação e lazer enfrentam também as barreiras peculiares da idade.

Atrelado à falta de oportunidades de recreação e lazer estão as oportunidades de adquirir novos conhecimentos. O fato de no município de moradia desses idosos, não existir programas que oportunizem aprendizado para idosos contribui para a dificuldade de acesso a novas informações e habilidades, além deste a baixa escolaridade dos idosos e a diminuição das funções dos órgãos dos sentidos explica, parcialmente, a dificuldade manifestada pelos idosos para obter novas informações e habilidades.

Assim, viver em uma sociedade moderna exige de seus membros inúmeras adaptações. Acostumar-se com a presença de pessoas de diferentes gerações em um mesmo ambiente é um dos desafios contemporâneos. Os filhos casam-se e continuam morando com os pais, tem seus filhos e o aglomerado que forma as famílias vai ficando cada vez mais heterogêneo. Os idosos que conquistam sua autonomia continuam tendo suas opiniões respeitadas, isso é fruto de suas experiências vividas e da forma como estabeleceram vínculos com seus descendentes. Na realidade pesquisada, embora continuem morando com seus filhos ou permitam que um dos filhos more com eles, os idosos mantêm a preferência para tomada de decisões familiares e tem suas decisões respeitadas pelos mais jovens. Observa-se que estão mantidos costumes da sociedade tradicional em que as gerações mais velhas interagem com as mais novas, e estas tem reconhecida a importância de seus conhecimentos, oportunizando aos mais velhos a possibilidade de transmitir costumes e tradições<sup>(26)</sup>.

A independência é importante mantenedor da qualidade de vida dos idosos, ela está relacionada com a capacidade de viver em seu contexto sem nenhuma ou pouca ajuda de outras pessoas. O ambiente em que a pessoa vive pode ser favorável ou desfavorável à independência de uma pessoa<sup>(20)</sup>. Verificou-se, neste estudo que o ambiente e as condições de envelhecimento dos idosos pesquisados lhes permitem desempenhar boa parte das atividades que gostariam, valorizando sua qualidade de vida.

Quanto mais independentes, maior é o controle sobre as atividades passadas presentes e futuras o que leva a altos níveis de satisfação com a vida. A satisfação na velhice depende da capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo numa época da vida em que os riscos biológicos, psicológicos e sociais estão maiores.

O senso de controle se expressa como a tendência a agir e influenciar nas várias situações da vida. O senso de controle é essencial para o bem-estar subjetivo dos indivíduos. A perda do controle está relacionada à diminuição da autoestima, redução do bem-estar e

depressão<sup>(26)</sup>.

A satisfação com o que já conseguiram, com o reconhecimento que tem e a dificuldade em encontrar oportunidades de realizações futuras podem estar relacionados à acomodação e a sensação de finitude, fato este que pode ser verificado quando 94,25% dos idosos dizem ter muito pouco ou não ter medo da morte.

Em estudo realizado com idosos no município da grande Florianópolis/Santa Catarina, 42,9% dos idosos com idades entre 60 e 91 anos afirmam incomodarem-se com o fato de não conseguirem fazer coisas simples<sup>(21)</sup>. Isso demonstra que apesar de terem idades superiores aos 80 anos, os idosos deste estudo estão mais satisfeitos com as suas atividades do que idosos com menos idade.

Entre os octogenários que participaram de estudo no Rio Grande do Sul, as deficiências relacionadas à visão e audição foram consideradas como fatores limitantes para a vida cotidiana<sup>(2)</sup>. Para os idosos aqui entrevistados, as limitações impostas pelas deficiências nos órgãos dos sentidos afetam a realização de parte de suas atividades, mesmo assim, o funcionamento desses órgãos é avaliado satisfatoriamente pelos idosos. Pesquisas com idosos apontam que o idoso lida com o processo de envelhecimento muito melhor do que se pensava, mesmo com a crescente deterioração física e com limitações pessoais em muitas áreas, boa parte dos idosos preserva sua autonomia e tem controle sobre seu desenvolvimento<sup>(26)</sup>.

Além de todas as situações apresentadas é importante ressaltar que as oportunidades de amar e serem amados fazem parte da rotina desses idosos. Considerando que os sentimentos amorosos, nessa situação, envolvem não somente um companheiro, mas também as redes de suporte social que são associadas às questões como a presença de amigos, as fortes relações familiares, além da aceitação e do reconhecimento do idoso no meio onde vive.

A avaliação da qualidade de vida baseada em domínios e facetas permite ponderar pontos positivos e negativos que contribuem para a qualidade de vida. Em geral, os idosos consideram suas limitações e dificuldades, mas quando fazem relações com outras questões e até mesmo com a idade que possuem, manifestam a satisfação com a vida e com eles mesmos. Prover-se de boas relações familiares e sociais, estarem ativos e manter a capacidade de gerenciar sua própria vida parecem aspectos importantes para a qualidade de vida na velhice.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A longevidade traz o desejo de uma vida mais longa que em

contrapartida é permeado pela incerteza das incapacidades e da dependência. Conhecer a qualidade de vida de idosos mais idosos propicia elementos importantes para a adequação do cuidado a esse público, permitindo o atendimento adequado de suas necessidades.

Nesse estudo verificou-se que os instrumentos Whoqol-bref e Whoqol-old constituem uma importante ferramenta quando se deseja buscar conhecer a qualidade de vida percebida pelos idosos. Ao utilizá-los junto a clientela estudada constatou-se uma avaliação positiva da qualidade de vida, com escores totais altos nas duas modalidades de Whoqol entre os idosos na maioria dos aspectos mensurados.

O domínio Relações Sociais obteve o maior escore médio entre os domínios do Whoqol-bref e o domínio Morte e Morrer obteve o maior escore médio entre os domínios do Whoqol-old. Evidencia-se que as relações familiares e apoio das redes sociais são importantes para a qualidade de vida dos idosos. Especialmente após os 80 anos, a morte passa a ser encarada como o desfecho de uma vida bem vivida, não traz medo, incerteza ou inseguranças contribuindo para elevar escores de qualidade de vida.

A correlação mais positiva entre os escores totais e os escores por domínios foi evidenciada no domínio Físico, seguida pelo domínio Atividades Passadas, Presentes e Futuras. Esse fato favorece a conclusão de que os idosos, apesar de muito idosos, mantêm sua capacidade de realizar atividades da vida cotidiana, considerando que os medicamentos que usam ou as alterações provenientes de dor, cansaço e mobilidade não trazem prejuízos para a qualidade de vida. Isso fica confirmado pela correlação escore das atividades passadas, presente e futuras com o escore total, os idosos dizem estarem satisfeitos consigo mesmo, além de compreenderem que se locomovem bem, tem dinheiro para suprir suas necessidades e recebem as informações que precisam para viver.

Muitas são as intervenções que devem ser implementadas para manter e melhorar os níveis de qualidade de vida da população estudada, mas segundo os achados alguns aspectos parecem ser primordiais, tais como: oportunizar programas de alfabetização e educação permanente; a criação de maiores oportunidades de lazer e recreação e favorecer espaços para ampliar ou manter as redes de apoio social, permitindo a participação mais eficiente desses idosos nas atividades da comunidade. Tais medidas possibilitariam a redução do tempo ocioso e criariam oportunidades de acesso a informações e aquisição de novas habilidades.

Na perspectiva de cuidados com a saúde percebe-se a necessidade de serem programadas ações com o objetivo de controlar as comorbidades e de incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Entre esses idosos observa-se claramente a dependência de tratamentos e medicamentos. Os resultados deste estudo podem auxiliar profissionais de saúde e gestores na avaliação dos serviços ofertados, além de incentivar uma reflexão sobre as estratégias de saúde voltadas para os idosos. Ainda que, de maneira geral, os idosos tenham uma boa vinculação com os serviços de saúde e os avaliem positivamente, como se observou entre 73,56% dos entrevistados.

O aumento exponencial do número de idosos com mais de 80 anos no Brasil exige uma nova postura tanto política como assistencial. E os resultados dessa pesquisa nos sinalizam que a manutenção da saúde com autonomia e independência, a formação de redes de apoio social, moradia segura, acesso a informações aliados as possibilidades de adquirir novas habilidades e informações, contribuem para o aumento dos anos vividos aliados a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2008;17(2):374-383.
3. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. 26 p.
4. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde Pública e Envelhecimento. Cadernos de Saúde Pública. 2003;19(3):700-1 .
5. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine. 1995; 41(10):1403-1409.
6. Neri AL, organizador. Qualidade de vida e idade madura. Campinas (SP): Papirus; 2007.
7. Neri , organizador. Palavras – chave em gerontologia. Campinas (SP): Papirus; 2005.
8. Fleck MPA, organizador. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Instrument (the WHOQOL). Orley J, Kuyken W. Quality of life

- assessment: international perspectives. Heide The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Iberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
10. Organização Mundial da Saúde. Manual WHOQOL-OLD. 1995. [acesso em 16 ago 2008]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>.
11. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. 2009. [acesso em 05 set 2009]. Disponível em: <http://www.sestat.net>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (BR). Contagem da População 2007. 2007. [acesso em 04 set 2009]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007\\_DOU\\_05\\_10\\_2007.xls](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007_DOU_05_10_2007.xls)
13. Albuquerque SML. Qualidade de vida do idoso. São Paulo: Cedecis; 2006.
14. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (BR). Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001. 2001. [acesso em 04 nov 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
16. Silva TE, Rezende CHA. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico Whoqol-bref. 2009. [acesso em 04 out 2009]. Disponível em: [http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/edicao%202006\\_1/D/tais\\_estevao.pdf](http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/edicao%202006_1/D/tais_estevao.pdf)
17. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2008;17(2):350-7.
18. Depieri N. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida em idosos na atenção básica de saúde [trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.



19. Herrera RR, organizador. Temas de gerontologia III. Granada: Grupo editorial universitário; s/d.
20. Lopes AC, organizador. Tratado de clínica médica. 2.ed. São Paulo: Roca; 2009.
21. Martins JJ. Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. Rev. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):265-271.
22. Dini G.M. Adaptação cultural, validade e reprodutividade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosemberg [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2001.
23. Chaim J, Izzo H, Sera CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. O Mundo da Saúde. 2009;33(2):175-181.
24. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2008;17(2):250- 257.
25. Ruiz T, Monteiro A, Corrente JE, Colombini Netto M. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município no estado de São Paulo. [acesso em 06 out 2009]. Disponível em: <http://www.nates.ufjf.br/novo/revista/pdf/v010n1/avaliacao.pdf>
26. Neri AL, Freire SA, organizadores. E por Falar em Boa Velhice. Campinas (SP): Papirus; 2000.

## 6.2 ARTIGO 2 - INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS MAIS IDOSOS

Artigo a ser submetido à Revista Texto e Contexto Enfermagem., apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo F).

## INFLUÊNCIA DOS DETERMIANTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO ENTRE IDOSOS MAIS IDOSOS<sup>1</sup>

Rosimeri Geremias Farias<sup>2</sup>  
Silvia Maria Azevedo dos Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** Neste estudo, analisa-se a variável envelhecimento ativo e averigua-se o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos moradores de um município no interior de Santa Catarina. Estudo quantitativo, transversal, exploratório, descritivo, desenvolvido de julho a agosto de 2009. Foram realizadas entrevistas com 87 idosos com 80 anos ou mais de ambos os sexos, utilizando-se de *check-list* elaborado a partir dos determinantes do envelhecimento ativo. Fizeram-se análises descritivas dos dados, além de medidas descritivas de centralidade e dispersão. Os resultados mostraram que existe paridade de gênero, são na maioria brancos, católicos com baixa renda e escolaridade. Mesmo aposentados 60,92% continuam exercendo atividades laborais; 70,11% têm casa própria; 48,28% frequentam ambientes coletivos; 81,61% estão satisfeitos com a vida e 48,28% não dependem de um cuidador. Conclui-se que mesmo não alcançando todos os determinantes do envelhecimento ativo estes idosos mantêm sua independência e autonomia, garantindo qualidade de vida.

**Palavras-chave:** envelhecimento, idoso de 80 anos ou mais, autonomia pessoal.

**Abstract:** Through this study, the active aging variable was analyzed and verified regarding its determinants among older elders living in a city in the interior of the Santa Catarina State / Brazil. This is a quantitative, transversal, explorative, and descriptive study, developed from July to August / 2009. 87 elders were interviewed through a check list based on the active aging determinants, their ages were 80 or above

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade – Modalidade Interinstitucional UFSC/Unochapecó e Associadas, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, em 2010.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Minter Unochapecó. Bolsista CAPES. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIDAVI. E-mail: rosimeri\_farias@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Educação, Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

it, male and female altogether. Data descriptive analysis, and centrality and dispersion descriptive measures were made. The results showed that there is gender equality among the subjects, who are mostly white, Catholic, owning a low income and with poor schooling. Even retired, 60, 92% are still working; 70, 11% have their own houses; 48, 28% use to go to public places, 81, 61% are pleased with their lives and 48, 28% do not depend on a carer. It was concluded that even not reaching all the active aging determinants, such elders maintain their independence and autonomy, which guarantees the quality of life.

**Key words:** aging, 80-years-old or older elder, personal autonomy.

**Resumen:** En este estudio se analiza la variable del envejecimiento activo y se lo averigua según sus determinantes entre los ancianos mayores residentes en una ciudad del interior del Estado Santa Catarina. Este es un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y descriptivo, desarrollado desde julio hasta agosto de 2009. Se entrevistó 87 ancianos de 80 años o más y de ambos los sexos, utilizándose un *chek list* basado en los determinantes del envejecimiento activo. Se utilizó el análisis descriptivo de los datos, medidas descriptivas de centralidad y dispersión. Los resultados muestran que hay paridad entre hombres y mujeres, y que estos sujetos son en su mayoría, blancos, católicos, con baja renta y poca escolaridad. Aun que jubilados, 60,92% siguen trabajando; 70,11% tienen su casa propia; 48,28% suelen ir a ambientes sociales, 81,61% están satisfechos con la vida y 48,28% no dependen de una persona para cuidarlos. Se concluye que aun que no se logren todos los determinantes del envejecimiento activo, estos ancianos mantienen su independencia y autonomía, garantizando la calidad de vida.

**Vocablo-llave:** envejecimiento, anciano con 80 años o más, autonomía personal.

## INTRODUÇÃO

Inúmeras reflexões sobre as modificações no perfil etário da população e o aumento no número de idosos têm influenciado as discussões da comunidade acadêmica, especialmente os estudiosos na área de geriatria e gerontologia. O envelhecimento populacional acontece paralelo à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Contudo, o envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos.<sup>1</sup> Nos países desenvolvidos onde as condições

socioeconômicas são favorecidas, está concentrado o maior contingente de idosos.<sup>2</sup>

Para alcançar o envelhecimento de maneira positiva as oportunidades de saúde, participação e segurança devem ser contínuas ao longo da vida. As políticas e programas de saúde devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas.<sup>3</sup>

No plano individual, considerando-se aspectos demográficos do envelhecimento, envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Entretanto, paralelo à evolução cronológica coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social importantes para a percepção da idade e do envelhecimento.<sup>4</sup>

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como sendo “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.<sup>3</sup>

As mudanças naturais que ocorrem no envelhecimento, podem levar a limitações funcionais que tornam os idosos mais suscetíveis a riscos para a integridade da saúde. Muitas das alterações características do envelhecimento resultam de uma perda gradual e se tornam importantes quando o declínio é extenso.<sup>5</sup> Estas limitações podem ser superadas ou adaptadas ao estilo de vida das pessoas.

As populações em geral precisam planejar e preparar para velhice em todas as etapas da vida, mediante a adoção de práticas saudáveis e ambientes de apoio para que essas práticas sejam favorecidas.

O envelhecer ativamente é uma ideologia que se aplica tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Essa concepção permite que as pessoas percebam o seu potencial, participem da sociedade de acordo com as suas especificidades, além de propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.<sup>3</sup>

O envelhecimento ativo “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.<sup>3</sup> O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável, garantindo qualidade de vida, inclusive para indivíduos que tenham alguma fragilidade, incapacidade física ou necessitem de cuidados.<sup>3</sup>

Na Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madri no ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou

o documento *Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas*. Neste documento, estão contidas as recomendações quanto às políticas de saúde na área de envelhecimento levando em consideração os determinantes de saúde. Cada um destes determinantes tem a propriedade de agir efetivamente sobre o processo de envelhecimento ao ponto de afetar a saúde e o bem estar.<sup>6</sup> Os fatores determinantes do envelhecimento ativo são relacionados como seguem: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, além do ambiente físico e acesso a serviços sociais e de saúde, com particular ênfase sobre as questões de gênero e cultura.<sup>3</sup>

A avaliação da influência dos fatores determinantes do envelhecimento ativo, ao longo da vida dos indivíduos, exhibe a possibilidade de aproveitar oportunidades para estimular a saúde e o bem-estar.

Avaliar a variável envelhecimento ativo e averiguar o envelhecimento ativo, segundo seus determinantes, entre os idosos mais idosos moradores de um município no interior de Santa Catarina são os objetivos deste estudo que busca responder a seguinte pergunta: Como os idosos mais idosos residentes na zona urbana e rural de um município de Santa Catarina, atendem aos fatores determinantes do envelhecimento ativo?

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa, transversal, do tipo exploratória e descritiva. Com essa modalidade atendeu-se a necessidade de levantar dados acerca de uma população específica permitindo generalizar dados para esse extrato da população do município estudado já que representam, com fidedignidade, o coletivo desse segmento etário.

O local da pesquisa foi um pequeno município do interior de Santa Catarina, localizado na região do Alto Vale do Itajaí, de colonização tipicamente germânica. Esse município tem 12,16% da população com mais de 60 anos e os idosos com mais de 80 anos correspondem a 10,85% da população idosa.<sup>7</sup>

A população do estudo foi constituída por idosos com mais de 80 anos, que recebem atendimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município em questão, tendo como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 80 anos, estar lúcido e orientado, em condições de responder aos instrumentos de pesquisa e aceitar livre e espontaneamente participar da mesma. Como critério de exclusão foi adotado a capacidade cognitiva e de comunicação afetadas,

comprometendo a coleta de dados e o fato de não localizar o idoso após a terceira visita. O ponto de equilíbrio para o estrato em estudo foi determinado considerando uma amostragem probabilística, com um nível de confiança de 95% e uma precisão estimativa de, em média, 5%.

Do total de 94 idosos com 80 anos ou mais, 1 estava viajando, 2 internados e/ou doentes durante o período das entrevistas, 1 com capacidade de comunicação afetada e 3 com comprometimento cognitivo o que inviabilizou a coleta de dados. A população efetiva deste estudo, então, foi composta por 87 idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

A coleta de dados foi realizada em inquérito domiciliar, aplicado com a técnica de entrevista, no período entre julho e agosto de 2009, com apoio de três auxiliares de pesquisa, devidamente treinadas pelas pesquisadoras. Adotou-se para a coleta de dados um *check-list* elaborado a partir dos determinantes de envelhecimento ativo propostos pela Organização Mundial de Saúde.<sup>3</sup> Os dados coletados foram sistematizados e inseridos em um banco de dados, construído em Excell versão 2003 e migrados para o Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web – SestatNet.<sup>8</sup>

Para variáveis categóricas utilizaram-se análises descritivas dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais. Os resultados foram organizados em tabelas. Para as variáveis numéricas foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão.

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados conforme preceitos estabelecidos na Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (certificado n° 098) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde os idosos eram assistidos. Os idosos sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados encontrados através da análise descritiva mostram certa paridade entre idosos de ambos os sexos. A feminização da velhice é um processo que vem sendo observado à medida que a população vai envelhecendo.<sup>9</sup> Neste estudo, a visualização de um excedente de mulheres fica evidente após a nona década da vida.

A maioria dos idosos se diz de raça branca e de origem alemã. O fato de definirem-se como brancos corrobora com os dados apresentados pelo IBGE quando informa que a região Sul é constituída por 80,80% de

pessoas brancas.<sup>2</sup> A origem alemã está relacionada com a colonização da região, predominantemente feita por imigrantes europeus, mais especificamente alemães, seguidos de italianos e poloneses.

A religião predominante entre eles é a católica. A opção por uma religião é clara para 100% dos idosos. Crenças, comportamentos religiosos, práticas devocionais e a participação em eventos relacionados a grupos religiosos, são mais comuns entre idosos que em qualquer outra idade. Os idosos mais longevos são mais religiosos.<sup>10</sup> Estudos apontam que as atividades religiosas diminuem com o envelhecimento em virtude de limitações físicas, entretanto, as atitudes religiosas permanecem estáveis.<sup>11</sup> Mesmo diante das dificuldades peculiares da idade, além das atividades religiosas habituais, a participação como voluntário em atividades na igreja faz parte do cotidiano de 5,74% destes idosos.

Apesar de configurar uma amostra em que exclusivamente tratou-se de aposentados e pensionistas, vale ressaltar que 86,21% desses idosos exerceram atividades profissionais relacionadas à agricultura. Isso se deve ao fato de que o município de moradia desses idosos tem sua atividade econômica voltada em 72,00% para a agricultura, com presença de pequenos minifúndios cultivados na modalidade de agricultura familiar.

O fato de estarem aposentados não significa que estão ociosos. Verificou-se que eles têm uma participação de 60,92% em trabalhos não remunerados, isto é, fazem atividades em casa, arredores e serviços voluntários. O cuidado com horta, jardim e animais domésticos é a atividade executada por 42,52%; enquanto que 23,43% deles dizem ser responsáveis diretos pela organização e manutenção da casa. Além dessas atividades, 6,89% são responsáveis diretos ou indiretos pelos cuidados com outros familiares e 5,74% participam como voluntários em associações comunitárias.

O exercício de atividades como cultivo de horta, jardinagem, cuidado com animais domésticos e com a casa, mesmo que sem remuneração, relaciona os idosos com as atividades que outrora desempenharam. A tradição em realizar trabalhos no ambiente doméstico é também revelada em estudo com idosos no interior do Rio Grande do Sul quando metade deles continua realizando trabalhos domiciliares não remunerados.<sup>12</sup> Em outros estudos observa-se relato de 42,90% de idosos, considerando-se a partir dos 60 anos, que afirmam estarem incomodados com o fato de não conseguirem realizar atividades da vida diária.<sup>13</sup> Em comparação, os idosos participantes deste estudo tem mais autonomia, apesar da idade mais avançada.



Contudo, verifica-se que o fato de serem aposentados e não terem outras fontes de renda implica em terem seus rendimentos mensais oriundos exclusivamente da aposentadoria. A maioria dos idosos (93,25%) recebe até dois salários mínimos por mês. Dados do censo demográfico de 2000<sup>14</sup> apontam que a maioria dos idosos brasileiros são aposentados e percebem até um salário mínimo de renda. A baixa renda mensal dos idosos revela um reduzido poder de compra que, aliado a necessidades especiais para manutenção da saúde e sobrevivência, influencia na possibilidade de consumo de elementos que, embora importantes, passam a não serem considerados como provedores de qualidade de vida.

Quanto ao grau de escolaridade observa-se que 25,28% dos idosos são analfabetos e 35,64% tem até dois anos de escolaridade. No Brasil, segundo dados do censo demográfico de 2000<sup>14</sup> a taxa de alfabetização de pessoas com mais de 15 anos indica que 88,60% delas estão alfabetizadas. Neste estudo, considerando-se apenas pessoas com 80 anos ou mais, constata-se que 74,72% estão alfabetizados e que existem mais mulheres analfabetas do que homens. A Organização Mundial de Saúde – OMS destaca que em países menos desenvolvidos 31% das mulheres adultas eram analfabetas em comparação com 20% dos homens adultos<sup>3</sup> o que confirma os achados deste estudo. O analfabetismo das mulheres reflete mecanismos de organização social que bloquearam o acesso de mulheres pobres à escola e mecanismos culturais que não valorizavam a educação escolar para mulheres compreendendo que essas deveriam ser preparadas para serem boas esposas, mães e donas de casa.<sup>15</sup>

A baixa escolaridade e o analfabetismo podem limitar o acesso dos idosos a informações escritas e comprometem o nível de entendimento dos indivíduos.<sup>16</sup> Os aspectos culturais, as dificuldades de acesso à escola quando na infância e a necessidade de ampliação de políticas de escolarização de adultos e idosos são elementos que auxiliam na compreensão deste fato.

A Tabela 1 apresenta dados referentes à idade, raça, origem, religião, renda e escolaridade dos sujeitos desse estudo, organizadas por gênero.

**Tabela 1** - Distribuição da população de 80 anos e mais de um município de SC, segundo o sexo e variáveis sócio demográficas, 2009.

Variável	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
<b>Idade</b>			
80 – 84 anos	40,23	31,04	71,27
85 – 90 anos	9,20	13,80	22,98
90 e mais anos	-	5,75	5,75
<b>Raça</b>			
Branco	49,43	47,13	96,55
Negro	-	3,45	3,45
<b>Origem</b>			
Alemães	40,23	34,48	74,71
Italianos	4,60	1,15	5,75
Outros	4,60	14,94	19,54
<b>Religião</b>			
Católico	28,73	26,44	55,17
Evangélico	12,65	16,09	28,74
Protestante	-	2,30	2,30
Luterano	8,04	5,74	13,79
<b>Renda mensal</b>			
Até 1 salário mínimo	29,89	16,09	44,98
Entre 1 e 2 salários mínimos	14,94	33,33	48,27
Entre 2 e 3 salários mínimos	3,45	1,15	4,60
Mais de 3 salários mínimos	1,15	-	1,15
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto (considerando-se àqueles que não sabem ler ou escrever, mas sabem assinar)	10,34	14,94	25,28
Até 2 anos de escolaridade	18,40	17,24	35,64
Até 4 anos de escolaridade	18,40	11,50	29,90
Mais de 4 anos de escolaridade	2,29	6,89	9,18

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora, 2009.

Além das informações referentes ao nível de escolaridade, a violência e maus tratos, e o apoio social são determinantes sociais relacionados ao envelhecimento ativo, segundo a OMS.<sup>8</sup> Quanto à violência e maus tratos, 89,66% dos participantes desse estudo dizem não ter sido vítimas de violência ou maus tratos. Sete pessoas (8,05%)

foram vítimas de roubo na rua ou em suas próprias casas e, 2,30% foram forçados a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros.

Uma grande preocupação com a qualidade de vida entre idosos diz respeito à busca de formas de prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o bem-estar das pessoas.<sup>17</sup> A violência contra o idoso é uma destas situações. Idosos de todas as classes sociais estão sujeitos a maus tratos. O fato de residirem em um município do interior do Estado onde os dados gerais de violência são reduzidos, somado ao apoio e proximidade dos familiares podem ser fatores que contribuem para a baixa incidência de eventos que configuram violência contra estes idosos.

Em termos de proximidade e convívio com outras pessoas no domicílio verificou-se que 40,23% dos idosos já não têm mais seus companheiros e moram com filhos e /ou netos. Enquanto 21,84% dos idosos pesquisados moram com companheiro e outros familiares e 24,14% convivem em seu domicílio apenas com o companheiro. Além disso, 12,64% deles moram sozinhos e apenas 1 idoso (1,15%) mora com estranhos – pessoa contratada para a função de cuidador.

A família é culturalmente um ponto de apoio e um modo de interação social para os idosos desta comunidade. Muitos deles moram com seus filhos e netos. Esse contexto merece atenção dos profissionais de saúde, pois a configuração de família apresenta-se modificada em seu contexto nuclear tendo reflexos nas ações sociais e políticas. Pessoas de diferentes gerações convivendo num mesmo espaço necessitam de uma postura flexível diante da vida, espaços para diálogo e disposição para rever posições a fim de conviverem de forma positiva. O fato de morar sozinho pode aumentar a autonomia, a independência e promover o crescimento pessoal.<sup>17</sup> Por outro lado este fato tem sido associado a um decréscimo na qualidade de vida, agravamento de morbidades e indicador de risco de mortalidade.<sup>18</sup>

Entretanto, a interação social não acontece somente no ambiente familiar. Há a necessidade de incentivar os idosos a participarem de eventos fora do ambiente domiciliar. A interação social colabora para o exercício da cidadania e para valorização e inserção do idoso no meio social, além do idoso ter a clareza de pertencimento a um grupo social contribuindo com suas experiências e utilizando seus conhecimentos de maneira mais significativa.<sup>18</sup>

A convivência com outras pessoas em ambientes fora de casa (em festas, bares, restaurantes e casa de vizinhos ou conhecidos) é comum para 48,28% dos idosos. A participação em associações como clubes de mães, cooperativas agrícolas e movimentos religiosos faz parte do

cotidiano de 27,58% dos idosos, enquanto 22,99% confirmam sua participação nos grupos de idosos. Apenas uma pequena parcela desta amostra, 1,15% dos idosos, relatou não participar de atividades que favoreçam a manutenção ou ampliação das redes de apoio social.

Os determinantes do envelhecimento ativo relacionados à ambiente físico (moradia segura, quedas e saneamento) foram também investigados. Entre os sujeitos dessa pesquisa apenas 1,15% dos idosos não sabem a procedência da água que abastece o domicílio nem o destino do esgoto e do lixo.

A água utilizada por 73,56% das pessoas envolvidas nesse estudo é proveniente de poço ou nascente, 25,28% utilizam água de abastecimento da CASAN-SC (Central de Águas e Saneamento de Santa Catarina). Ressalta-se que apenas a área urbana do município é abastecida por água da CASAN-SC, a área rural não tem acesso à água tratada por órgãos oficiais. Nesses casos, o tratamento é feito pelos próprios consumidores que seguem a orientação de serviços e programas especializados como é o caso do Programa Microbacias gerenciado pela Empresa de Pesquisa Agropecuária e de Difusão Tecnológica – EPAGRI.

O esgoto das residências desses idosos é destinado para fossa em 71,26% dos casos e 27,58% tem seus rejeitos jogados em céu aberto. O lixo é totalmente coletado pelo serviço municipal em 32,18% dos domicílios e em 66,66% o lixo é queimado, enterrado ou jogado a céu aberto.

Os idosos que moram em residência própria representam 70,11% da amostra, os demais (29,89%) moram na casa de um dos filhos. Em ambas as situações os idosos referem ter quarto privativo ou compartilhado com seu companheiro(a).

Na avaliação de 36,78% dos idosos sua moradia é livre de riscos. A presença de um ou mais fatores como pisos escorregadios, presença de tapetes, degraus e escadas, localização do banheiro principal fora da casa indica a presença de algum risco, especialmente para quedas, em 63,22% dos domicílios.

As quedas, após os 80 anos, foram vivenciadas por 43,68% dos idosos. A grande maioria (84,20%) refere ter sofrido as quedas dentro de casa ou nos seus arredores. Enquanto que 15,80% dos idosos que sofreram quedas informam terem caído quando andavam pela cidade.

A presença de quedas parece ser o fator mais relevante na avaliação de determinantes do ambiente físico para o envelhecimento ativo. Alguns estudos a exemplo do realizado com idosos do interior do Rio Grande do Sul revelam que o grupo etário que mais apresenta

quedas é o de idosos com mais de 80 anos.<sup>12</sup> O meio rural, devido às condições do próprio ambiente, favorece acidentes domésticos e quedas. O fato dos idosos ficarem a maior parte do tempo em casa faz do domicílio e arredores, o local onde comumente as quedas acontecem.

Os determinantes pessoais são avaliados a partir da biologia e genética e dos fatores psicológicos. A biologia e a genética têm grande influência sobre o processo de envelhecimento, entretanto a causa de muitas doenças é mais ambiental e externa do que genética e interna. Constata-se que doenças cardiovasculares fazem parte da história familiar de 86,20% dos idosos pesquisados. Os fatores ligados a genética em termos de doenças cardiovasculares determinam o risco dos idosos para esse tipo de patologia. Menores danos poderão ser evidenciados entre os idosos que não fumam, abstêm-se de bebidas alcoólicas, praticam exercícios físicos, consomem frutas e verduras e, restringem os alimentos que podem prejudicar sua saúde.

O hábito de ouvir rádio, assistir televisão, jogar cartas ou dominó e realizar trabalhos artesanais constituem-se como rotina para 43,67% dos idosos. Além dessas atividades, a leitura está presente entre os hábitos de 51,72% dos entrevistados.

Em consonância com a saúde física, a saúde mental também dever ser preservada. O hábito de leitura e realização de outras atividades que exigem concentração e memória diminuem a incidência de demências, estimulam habilidades de raciocínio, além de favorecer o convívio social, o acesso a informações e o bem-estar dos indivíduos.

O bem-estar subjetivo pode ser avaliado através da satisfação com a vida. Nesse caso, 81,61% das pessoas se dizem satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua vida depois dos 80 anos. Somente 2,30% dos idosos manifestam-se como muito insatisfeitos com a vida.

O grau de satisfação com a vida depende de esperança, visão de futuro, propósito, significado, persistência e autoeficácia. Na avaliação da própria vida o indivíduo considera as suas experiências passadas, suas conquistas e fracassos e a própria perspectiva de futuro.<sup>19</sup> Quando os idosos com idades iguais ou superiores aos 80 anos avaliam positivamente sua qualidade de vida podemos considerar que suas expectativas de futuro são também favoráveis.

Quanto aos determinantes comportamentais constatou-se que 8,05% dos idosos são fumantes e outros 29,89% referiram consumir bebidas alcoólicas. Entre os idosos que fumam encontrou-se apenas indivíduos do sexo masculino. Já, entre os que consomem bebidas alcoólicas, mesmo que esporadicamente, constatou-se que 7,69% são mulheres e 92,31% homens. Esses dados vão ao encontro dos dados

levantados em pesquisa com octogenários no Rio Grande do Sul onde o hábito de fumar e beber também estão relacionados ao sexo masculino.<sup>12</sup>

Algum tipo de atividade física regular é praticada por 25,29% dos idosos entrevistados. Estudos apontam que o envelhecimento traz perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea. As atividades físicas apresentam-se como uma das formas de minimizar essas perdas decorrentes do envelhecimento.<sup>20</sup>

Com relação aos hábitos alimentares 77,01% dos idosos tem o hábito de consumir frutas e verduras na sua dieta, ao passo que 67,81% dos idosos deste estudo foram orientados a restringir algum tipo de alimento na sua dieta. Entretanto, 18,64% deles dizem não seguir as restrições alimentares que lhes foram sugeridas.

Sabe-se que um aspecto importante da saúde dos idosos diz respeito à saúde bucal. Nesse estudo verificou-se a presença de dentes naturais associados a próteses dentárias em 26,44% dos idosos enquanto que, 60,92% deles, faziam uso exclusivo de prótese dentária. No entanto, 83,91% deles não procuraram por assistência odontológica no último ano.

O consumo de medicamentos faz parte do cotidiano de 78,16% dos idosos pesquisados. Entre idosos que participaram de estudo em um município da Grande Florianópolis, apenas 8,2% afirmaram que sua qualidade de vida não dependia de medicamentos.<sup>13</sup> Constatou-se que é frequente o uso de medicamentos entre idosos, possivelmente isso se deve a tentativa de amenizar situações decorrentes do envelhecimento, além de tratar as comorbidades, geralmente crônicas que são comuns no idoso.

Quanto à autoadministração dos medicamentos verificou-se que 44,83% dos idosos tomam seus medicamentos sem ajuda ou supervisão de terceiros e alegam não cometer enganos, trocas ou esquecimentos. Contudo, 18,39% dos idosos da amostra tomam os seus remédios conforme outras pessoas lhes entregam. Entre os que usam medicamentos a queixa de reações adversas foi manifestada por 3,45% dos usuários.

Os serviços sociais e de saúde podem contribuir, através de ações programadas, para o envelhecimento ativo da população. Associado a redução das reservas biológicas, as chances de aparecimento de comorbidades são ampliadas entre os idosos. A demanda de medicamentos tende a aumentar e com estes as iatrogenias assumem outras dimensões. Devem ser disponibilizadas drogas mais eficientes e seguras aliadas a um custo diminuído. Os serviços de promoção da

saúde, prevenção de doenças e serviços curativos devem ser ampliados e adequados para o atendimento das necessidades específicas dos idosos.

Enquanto determinantes do envelhecimento ativo, os serviços sociais e de saúde, podem ser verificados através de promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços curativos, assistência em longo prazo e serviços de saúde mental. A consulta médica é procurada por 72,41% dos idosos somente quando se sentem doentes. Estudos demonstram que os homens procuram menos os serviços de saúde para ações de prevenção de doenças e promoção da saúde do que as mulheres. A explicação desse fato se dá por uma questão de gênero no qual existe a alegação de fraqueza atrelada à mulher, além do medo de descobrir doença grave ou da exposição do corpo.<sup>21</sup> Neste estudo, verificou-se que 13,79% dos homens e 16,09% das mulheres têm suas consultas médicas programadas para avaliação de rotina a cada semestre ou ano.

As internações hospitalares no último ano, considerando-se a data da coleta de dados, foram referidas por 20,69% dos idosos e a realização de procedimentos cirúrgicos foi informada por 3,45% dos entrevistados. Os serviços de saúde mental foram utilizados por 4 pessoas (4,6%) desse grupo de idosos. Nessa situação 3 (3,25%) foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS e 1 (1,15%) optou por atendimento particular.

Entre os idosos pesquisados 36,78% referiram possuir hipertensão e diabetes, sendo que os mesmos informaram que frequentam mensalmente os grupos de promoção em saúde e controle dessas doenças hipertensão e do diabetes. Vale destacar, ainda, que 81,61% dos idosos pesquisados tomam a vacina contra a gripe anualmente.

Observou-se que a utilização dos serviços de saúde está atrelada a necessidade visto que as consultas médicas e odontológicas não são referidas como uma rotina na vida dos idosos. Entretanto, quando os serviços estão direcionados para a prevenção em caráter específico para os idosos, como é o caso da vacina contra a gripe a adesão pode ser considerada como boa. Constatou-se então, a necessidade de ampliar a oferta de serviços específicos.

A necessidade de cuidados é esperada entre idosos mais idosos, porém nesse estudo verificou-se que 48,28% dos idosos disseram não necessitar de um cuidador. Dentre os que precisavam de cuidados realizados por outras pessoas, 49,43% eram cuidados por seus familiares e 2,30% tinham pessoas leigas contratadas para essa finalidade. Contudo, em estudo realizado com cuidadores de octogenários no Estado de São Paulo, constatou-se que 20,00% dos cuidadores eram

profissionais, sendo os demais membros da família dos idosos, predominantemente pessoas do sexo feminino.<sup>15</sup>

A assistência a longo prazo é centrada no cuidador familiar. De acordo com a Política Nacional da Pessoa Idosa a família (na impossibilidade do cônjuge os filhos) deve ser a responsável pelo cuidado dos idosos em relação ao atendimento e suas necessidades.<sup>21</sup>

Constata-se que o suporte dos profissionais de saúde para assistência a longo prazo se dá através da realização de visitas domiciliares. Entre os entrevistados 25,29% dos idosos receberam visita de um profissional de saúde no mês que antecedeu a coleta de dados e 94,26% afirmaram receber visita mensal do agente comunitário de saúde. Cabe aos profissionais de saúde ampliar suas ações para reduzir desconfortos do processo de envelhecimento e criar possibilidades para fomentar o envelhecimento ativo considerando a rede de suporte familiar dos idosos. Estudo que avaliou vínculo e satisfação de idosos com a atenção domiciliar aponta como vantagens dessa modalidade de assistência o estabelecimento de laços entre os envolvidos na relação de cuidado domiciliar além de se ter um trabalhador da área da saúde como referência para o atendimento de necessidades ou dúvidas relacionadas ao processo de vida e saúde.<sup>22</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo revela que nem todos os determinantes do envelhecimento ativo assumem relevância entre os idosos mais idosos. As dimensões física, emocional, social, econômica e cognitiva expressas sob fatores como renda, capacidade e saúde física, convívio familiar, redes de apoio social, atividades desenvolvidas diariamente, satisfação com a vida contribuem positivamente e com maior eficácia na avaliação do envelhecimento ativo. Entretanto, quando são experimentados testes de correlação e associação entre esses elementos e destes com os demais determinantes do envelhecimento ativo não se evidenciou significância estatística o que acabou inviabilizando a discussão de coeficientes.

É importante destacar que os determinantes do envelhecimento ativo devem ser atribuídos como metas a serem alcançadas ao longo da vida de todos os indivíduos, a fim de garantir que o envelhecimento seja permeado pela independência e autonomia. Entre idosos mais idosos, como é o caso dos sujeitos deste estudo, alguns determinantes já não podem ser alcançados devido às limitações impostas pelo próprio processo de envelhecimento.

Faz-se necessário que a política de envelhecimento ativo seja apoiada pelas políticas sociais e de saúde, pelo mercado de trabalho e



emprego, além das políticas de educação buscando-se redução de mortes prematuras, controle e redução de doenças crônicas entre adultos e idosos, maior participação dos idosos em atividades sociais, culturais, econômicas e políticas e, conseqüentemente, redução de gastos com tratamentos e serviços de assistência à saúde.<sup>3</sup>

Embora nem todos os idosos logrem êxito em alguns elementos que compõem a avaliação de cada determinante do envelhecimento ativo, pode-se concluir que os idosos desse estudo, em sua maioria, mantêm-se ativos. Evidências de envelhecimento ativo são constatadas quando os idosos tornam-se cada vez mais longevos, mantendo a expectativa de uma vida segura, com possibilidades de participação social acompanhadas de melhorias nas condições de saúde e cuidado, com preservação da qualidade de vida.

Uma das limitações deste estudo está relacionada ao fato da pesquisadora não ter encontrado na literatura uma escala que avalie os determinantes de envelhecimento ativo. Construir um instrumento com vistas a avaliar esses determinantes foi, sem dúvida, um grande desafio e sabe-se que ele necessita ser aprimorado. No entanto, foi uma primeira iniciativa com a intenção de averiguar como esses determinantes se expressam no cotidiano da vida de idosos mais idosos. Sugere-se que estudos futuros busquem desenvolver e validar escalas psicométricas que possibilitem a avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo na vida dos idosos e sua repercussão em sua qualidade de vida. Assim, será possível ampliar as discussões sobre esta política, contribuindo para melhorar a qualidade e eficácia dos atendimentos às necessidades da população idosa.

Evidencia-se, dessa forma, um desafio para os profissionais de saúde, estabelecer ações que envolvam o maior número possível de pessoas, cada vez mais jovens, buscando consolidar a política de envelhecimento ativo. Acredita-se que eles possam mobilizar as equipes multiprofissionais com vistas a trabalharem em estratégias que atendam todos os aspectos dos determinantes do envelhecimento ativo. Dessa forma, será possível ampliar a perspectiva de qualidade de vida da população idosa no futuro. Conclui-se que independência, autonomia e boa saúde física aliadas ao desempenho de papéis sociais, faz com que os idosos mantenham-se ativos com a sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos.

## **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica nº 19:

- Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2002 [acesso em 2009 Out 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/noticias>
  3. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
  4. Carvalho JAM, Andrade FCD. Envejecimiento de la población brasilena: oportunidades y desafios. Encuentro Latinoamericano y Caribeno sobre lãs personas de edad. Santiago: Celade; 2000.
  5. Mesquita GV. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1):63-67.
  6. Nespe-Fiocruz-UFGM. Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil. 2002. Belo Horizonte: UFGM; 2002 [acesso em 2008 Jul 14]. Disponível em: [http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro\\_preto.doc](http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc)
  7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Contagem da População 2007. 2007 [acesso em 2009 Set 05]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007\\_DOU\\_05\\_10\\_2007.xls](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007_DOU_05_10_2007.xls)
  8. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M. SStatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [acesso em 06 Set 2009]. Disponível em: <http://www.sestat.net>
  9. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. 26 p.
  10. Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. Rev. Saúde Coletiva. 2008;5(24):173-177.
  11. Neri AL, organizadora. Qualidade de vida e idade madura. Campinas(SP): Papyrus; 2007.
  12. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):374-383.
  13. Martins JJ. Avaliação da qualidade de vida dos idosos que recebem cuidados domiciliares. Rev. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3): 265-271.

14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001.2001 [acesso em 2009 Nov 04]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
15. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):350-357.
16. Silva TE, Rezende CHA. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico Whoqol-bref. [acesso em 06 Out 2009]. Disponível em: [http://www.propp.ufu.br/revistaelectronica/edicao%202006\\_1/D/tais\\_este\\_vao.pdf](http://www.propp.ufu.br/revistaelectronica/edicao%202006_1/D/tais_este_vao.pdf).
17. Neri AL, Freire SA, organizadores. *E por Falar em Boa Velhice*. Campinas: Papirus; 2000.
18. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer ÂI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):250- 257.
19. Lopes AC, organizadores. *Tratado de clínica médica*. 2.ed. São Paulo:Roca; 2009.
20. Siqueira FV. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev. Saúde Pública.* 2007; 5(41):749-756.
21. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev. Brás. Enferm.* 2009;62(3):367-373.
22. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):304-312.

### 6.3 ARTIGO 3 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS MAIS IDOSOS

Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo G).

## RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS MAIS IDOSOS<sup>1</sup>

Rosimeri Geremias Farias<sup>2</sup>  
Silvia Maria Azevedo dos Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** Os objetivos foram avaliar as variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos com 80 anos e mais de um município de Santa Catarina e explorar a relação entre os determinantes do envelhecimento ativo e os domínios/facetadas da qualidade de vida. Estudo quantitativo, transversal, exploratório, descritivo, desenvolvido de julho a agosto de 2009. Foram realizadas entrevistas com 87 idosos de ambos os sexos, utilizando-se de *check-list* elaborado a partir dos determinantes do envelhecimento ativo e a escala do Whoqol-bref. Foram feitas análises descritivas dos dados, além de medidas descritivas de centralidade e dispersão. A associação e correlação entre variáveis deu-se a partir dos testes de aderência qui-quadrado e teste Kruskal-Wallis. Os resultados mostraram ser possível relacionar alguns determinantes do envelhecimento ativo com domínios e facetadas do Whoqol-bref, mas que nem todas as associações ou relações tem significância estatística. Concluiu-se que envelhecer ativamente é importante para a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idosos com 80 anos e mais, qualidade de vida, envelhecimento.

**Abstract:** This work aimed at evaluating the life quality variables and active aging among 80-years-old or older elders from a city in the State of Santa Catarina / Brazil, and exploring the relation among the active aging determinants and the quality of life ranges/aspects. This is a quantitative, transversal, explorative, and descriptive study, developed from July to August / 2009. 87 elders, male and female altogether, were

<sup>1</sup> Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade – Modalidade Interinstitucional UFSC/Unochapecó e Associadas, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, em 2010.

<sup>2</sup> Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC – Minter Unochapecó. Bolsista CAPES. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UNIDAVI. E-mail: rosimeri\_farias@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira, Doutora em Educação, Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

interviewed through a check list based on the active aging determinants and the Whoqol-bref scale. Data descriptive analysis, and centrality and dispersion descriptive measures were made. The association and correlation between variables was given through the chi-squared adherence test and the Kruskal-Wallis test. The results showed that it is possible to relate some active aging determinants to Whoqol-bref ranges/aspects, but also that not all the associations or relations have statistical relevance. It was concluded that age actively is important for the quality of life.

**Key words:** over-80 or older elder, quality of life, aging.

**Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar las variables: calidad de vida y envejecimiento activo entre ancianos de 80 años o más residentes en una ciudad del interior del Estado de Santa Catarina, Brasil, y explorar la relación entre los determinantes del envejecimiento activo y las amplitudes/aspectos de la calidad de vida. Este es un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y descriptivo, desarrollado desde julio hasta agosto de 2009. Se entrevistó 87 ancianos de ambos los sexos, utilizándose un *chek list* basado en los determinantes del envejecimiento activo y escala de Whoqol-bref. Se utilizó el análisis descriptivo de los datos, medidas descriptivas de centralidad y dispersión. La asociación y correlación entre variables ocurrió por medio de testes de adherencia qui-cuadrado y Kruskal-Wallis. Los resultados muestran que es posible relacionar algunos determinantes del envejecimiento activo con amplitudes/aspectos de Whoqol-bref, pero ni todas las asociaciones o relaciones tienen significación estadística. Se concluye que el envejecimiento activo es importante para la calidad de vida.

**Vocablo-llave:** anciano con 80 años o más, calidad de vida, envejecimiento.

## INTRODUÇÃO

Em virtude do aumento da longevidade da população mundial, sem precedente na história, a atenção dos estudiosos em saúde e gerontologia tem se voltado para questões de saúde no envelhecimento<sup>(1)</sup>. O que era tido como característica de países da Europa, América do Norte, Japão e China passou a ser uma experiência de todo o mundo<sup>(2)</sup>.

Nos países periféricos, marcados por acentuada pobreza e desigualdades, buscar qualidade de vida é um desafio que poderá trazer ganhos na expectativa de vida<sup>(1)</sup>. No Brasil, em 1900 a expectativa de

vida era de pouco mais de 30 anos, hoje aproxima-se dos 70 anos. Populações compostas por um grande número de idosos é uma situação nova, o fenômeno do envelhecimento é recente<sup>(2)</sup>.

O envelhecimento é compreendido como um processo contínuo na vida de cada indivíduo e numa mesma espécie, ocasionado por múltiplos fatores e com variadas repercussões que não significam a presença de doenças. No entanto, ocasiona redução gradual da capacidade de enfrentamento de estresses, o que torna o indivíduo mais vulnerável a morte<sup>(3)</sup>. De maneira geral, pode-se dizer que com o envelhecimento as pessoas passam por mudanças físicas, comportamentais e cognitivas que ocorrem em determinadas esferas e com certa sequência temporal<sup>(2)</sup>.

Para que o envelhecimento não se transforme numa experiência desagradável, à medida que as pessoas forem envelhecendo devem ter garantidos o acesso à saúde, oportunidades de participação e segurança<sup>(4)</sup>. Surge, assim, a necessidade de implantar políticas públicas adequadas para atender as demandas dos idosos.

A atenção integral à saúde do idoso ainda é muito incipiente no Brasil. Precisamos intensificar estudos nesta área, de maneira que as contribuições em termos de assistência e de políticas públicas de saúde possam acompanhar o crescimento populacional desta faixa etária.

As políticas e programas direcionados aos idosos devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas<sup>(4)</sup>. Os indivíduos devem envelhecer munidos de instrumentos que lhes garantam condições mínimas para viver com qualidade, tendo acesso garantido aos serviços de saúde. Autonomia, participação, cuidado, autossatisfação, possibilidade de atuar em vários contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida em idade avançada são hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos<sup>(5)</sup>.

O envelhecimento ativo, enquanto política de saúde para o idoso, foi desenvolvido pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), como contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em Madri, Espanha, em 2002. Neste momento, o envelhecimento ativo foi idealizado como processo dinamizador de ações de saúde, participação e segurança, vislumbrando a melhor qualidade de vida a medida que as pessoas envelhecem<sup>(4)</sup>.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida de todos os que envelhecem independente da condição física e de saúde das pessoas. Considera-se

que a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo<sup>(4)</sup>.

Existem diversas formas de envelhecer e de encarar este processo. O equilíbrio entre os limites impostos pelos anos de vida e as capacidades de cada indivíduo interferem na qualidade do envelhecimento. A preocupação com a qualidade de vida vem ganhando expressão com o aumento da expectativa de vida.

Neste estudo, a qualidade de vida foi averiguada seguindo-se o conceito do grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), World Health Organization Quality Life Group – WHOQOL Group, que define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, considerando-se sua cultura e valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(6)</sup>.

A qualidade de vida pode ser usada para determinar a presença ou ausência de uma característica de vida, para verificar os valores que caracterizam um indivíduo ou população e indicar características que devem estar presentes para que se tenha vida de qualidade<sup>(2)</sup>.

Os objetivos deste estudo foram avaliar as variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos mais idosos residentes em um município de Santa Catarina e, explorar a relação entre os determinantes do envelhecimento ativo e os domínios/facetadas da qualidade de vida, entre idosos mais idosos. Assim, busca-se responder a seguinte questão: Qual a relação existente entre os determinantes do envelhecimento ativo e a qualidade de vida de idosos mais idosos moradores em um município do interior de Santa Catarina?

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, transversal, do tipo exploratória e descritiva. Com essa modalidade atendeu-se a necessidade de levantar dados acerca de uma população específica e permitiu-se generalizar dados para esse extrato da população do município estudado, já que representam com fidedignidade o coletivo.

O local da pesquisa foi um pequeno município do interior de Santa Catarina, localizado na região do Alto Vale do Itajaí, de colonização tipicamente germânica. Esse município tem 12,16% da população com mais de 60 anos e os idosos com mais de 80 anos correspondem a 10,85% da população idosa<sup>(7)</sup>.

A população do estudo foi constituída por idosos com 80 ou mais anos, que recebem atendimento das equipes de Estratégia de Saúde da Família do município em questão. Os critérios de inclusão dos idosos



foram: ter idade igual ou superior a 80 anos, estar lúcido e orientado, em condições de responder aos instrumentos de pesquisa e aceitar livre e espontaneamente participar da mesma. Como critério de exclusão foi adotado a capacidade cognitiva e de comunicação afetadas, comprometendo a coleta de dados e o fato de não localizar o idoso após a terceira visita. O ponto de equilíbrio para o estrato em estudo foi determinado considerando uma amostragem probabilística, com um nível de confiança de 95% e uma precisão estimativa de, em média, 5%. Do total de 94 idosos com 80 anos ou mais, 1 estava viajando, 2 internados e/ou doentes durante o período das entrevistas, 1 com capacidade de comunicação afetada e 3 com comprometimento cognitivo o que inviabilizou a coleta de dados. A população efetiva deste estudo então foi composta por 87 idosos com idade igual ou superior a 80 anos.

A coleta de dados foi realizada em inquérito domiciliar, aplicado com a técnica de entrevista, no período entre julho e agosto de 2009, com apoio de três auxiliares de pesquisa, devidamente treinadas pelas pesquisadoras. Adotou-se para a coleta de dados o instrumento do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) na versão Bref<sup>(8)</sup>, instrumento este da *World Health Organization* e um *check-list* elaborado à partir dos determinantes de envelhecimento ativo<sup>4</sup>. Os dados coletados foram sistematizados e inseridos em um banco de dados, construído em Excel versão 2003 e migrados para o Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web – SEstatNet<sup>(9)</sup>.

Para variáveis categóricas utilizou-se análise descritiva dos dados, a partir da apuração de frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais. Para as variáveis numéricas foram calculadas medidas descritivas de centralidade e de dispersão. A associação e correlação entre variáveis deu-se a partir dos testes de aderência qui-quadrado e teste Kruskal-Wallis. Para avaliação dos escores do Whoqol-bref, as questões 3, 4 e 26 foram recodificadas possibilitando que ficassem com resultado final positivo. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de  $p \leq 0,05$ .

Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados conforme preceitos estabelecidos na Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (certificado nº 098) e pela Secretaria Municipal de Saúde do município onde os idosos eram assistidos. Os idosos sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os idosos que participaram deste estudo tem idades entre 80 e 96 anos. A média de idade deles idosos é de 83 anos com um desvio padrão de 3,40. Constatou-se que 50,57% dos entrevistados eram do sexo feminino e 49,43% do sexo masculino. Vale ressaltar que com mais de 90 anos todos os entrevistados eram do sexo feminino, fato este que pode ser confirmado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que estima que a expectativa de vida das mulheres seja em torno de oito anos mais que os homens<sup>(7)</sup>. No geral, não se observa grandes diferenças no número de homens e mulheres o que difere da realidade da maioria das cidades brasileiras. Segundo dados do IBGE, no Brasil para cada 100 mulheres idosas, existem 78,6 homens<sup>(10)</sup>. Contudo, a maior longevidade das mulheres nem sempre está associada a melhor qualidade de vida<sup>(11)</sup>. As mulheres vivem mais, mas são vítimas mais frequentes de violência doméstica, discriminação e, por viverem mais, tem mais chance de tornarem-se frágeis e/ou sofrerem agravos em sua saúde<sup>(4)</sup>.

A história de colonização do município explica o fato de 74,71% definirem-se como descendentes de alemães e 96,55% dos idosos determinarem-se de cor branca. Na região sul do Brasil existe um predomínio de pessoas brancas, perfazendo um total de 80,80% das pessoas<sup>(7)</sup>. Os valores culturais determinam muito do comportamento das pessoas definindo inclusive, sua conduta com as pessoas mais velhas. Neste contexto as relações familiares são culturalmente valorizadas e o suporte familiar é essencial nas relações de cuidado destes idosos, tidos como mais idosos. Além do mais, a cultura é um fator determinante transversal que influencia todos os outros determinantes do envelhecimento ativo<sup>(4)</sup>.

Quanto a religião, 55,17% dos entrevistados determinam-se católicos. Entretanto, todos os idosos tem uma religião atrelada a suas vidas. Para muitas pessoas a religião é um importante quadro de referência pessoal. Estudos realizados por psicólogos reconhecem a importância da religião para melhorar o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida<sup>(12)</sup>.

O município onde foi realizado o estudo tem sua atividade econômica centrada na agricultura em 72%. Esse aspecto talvez explique porque a maioria dos idosos (86,21%) referiu ter trabalhado na agricultura ao longo de sua vida produtiva. Hoje, 97,70% dos idosos estão aposentados ou são pensionistas (2,30%) e, é dessa fonte que advém os rendimentos dos mesmos. A maioria deles, 48,28%, recebe entre 1 e 2 salários mínimos, dado confluyente com os dados nacionais

divulgados pelo IBGE onde boa parte dos aposentados brasileiros recebem até 1 salário mínimo<sup>(13)</sup>. A baixa renda dos idosos os torna mais vulneráveis a doenças e deficiências, além de afetar seu acesso a alimentos variados, moradia adequada e cuidados com a saúde. Os idosos que tem suporte familiar tem essas questões amenizadas<sup>(4)</sup>.

A média de escolaridade destes idosos é de 3,1 anos de estudo, enquanto a média nacional é de 3,4 anos de escolaridade entre os idosos brasileiros<sup>(10)</sup>. Constata-se neste estudo que, 12,64% dos idosos são analfabetos e a maioria, 35,63%, tem até dois anos de escolaridade. Tais dados expressam as dificuldades de acesso a escola que esses idosos tiveram, quando na infância, o que era muito comum em sua época. Não só pelo pequeno número de escolas e professores capacitados para trabalharem nos pequenos municípios, como também pela pouca valorização do estudo entre essas famílias, onde o foco era mão de obra para garantir a produção agrícola.

A vida depois dos 80 anos foi avaliada por 81,61% dos entrevistados como boa ou muito boa. Quando a satisfação com a vida é associada à avaliação da qualidade de vida, verifica-se que 65,52% referem satisfação com a vida e boa/muito boa qualidade de vida após os 80 anos. É comum encontrar idosos lamuriosos, com queixas de desesperança e falta de perspectiva de vida, mas muitos outros, dizem-se alegres e satisfeitos, indicando que vivem plenamente sua velhice. É verdadeiro que os idosos tem possibilidades menores de vida digna em virtude das condições físicas e da imagem social da velhice, aliadas a aposentadorias insuficientes e exclusão social. Entretanto, mesmo em condições psicossociais tão adversas encontram-se idosos satisfeitos com a sua vida e sua qualidade de vida<sup>(14)</sup>.

Envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas quanto ao futuro. A satisfação com a vida na velhice está relacionada com a manutenção do bem-estar subjetivo em meio às dificuldades físicas, psicológicas e sociais que acompanham o processo de envelhecimento<sup>(12)</sup>. A satisfação com a vida relacionada ao grau de satisfação consigo mesmo revela que 42,96% dos idosos se dizem muito satisfeitos consigo e com a vida. O valor de p (significância) relativo ao teste do qui-quadrado aponta para uma associação pouco significativa entre a satisfação com a vida e a satisfação consigo mesmo (p 0,051). A satisfação com a vida é um indicador de bem estar subjetivo. O alcance do bem-estar subjetivo envolve a avaliação não somente da qualidade de vida mas também de capacidades pessoais e condições ambientais<sup>(15)</sup>. Assim, estar satisfeito

com a vida implica em mais do que estar satisfeito consigo, implica nas relações com o mundo onde vive.

O escore total de qualidade de vida, expresso através do Whoqol-bref, para os idosos mais idosos do município onde foi realizado essa pesquisa tem uma média de 88,37 (dp 8,23). Vale ressaltar que escores mais altos representam melhor qualidade de vida.

Considerando-se o perfil demográfico dos idosos participantes deste estudo e os resultados provenientes da coleta de dados, observa-se que nem todos os determinantes do envelhecimento ativo assumem relevância entre os idosos mais idosos. Fatores como renda, capacidade física, convívio familiar, redes de apoio social, atividades desenvolvidas diariamente, saúde física e satisfação com a vida contribuem positivamente e com maior eficácia na avaliação do envelhecimento ativo sendo estes os elementos de interesse para explorar a correlação entre qualidade de vida e envelhecimento ativo. Estudo realizado com idosos na Austrália apontam que a boa qualidade de vida está associada a saúde, independência, segurança financeira, suporte social, familiar e comunitário<sup>(16)</sup>.

Algumas relações foram verificadas entre facetas do domínio físico e fatores determinantes do envelhecimento ativo que se referem a determinantes comportamentais, econômicos e de ambiente físico.

Constatou-se que 60,91% dos idosos alegaram necessitar significativamente de tratamento médico para levar sua vida diária. Esta faceta pode ser correlacionada com o determinante comportamental que avalia uso de medicamento. É significativo para o envelhecimento ativo que o idoso tenha independência e autonomia sobre o uso de seus medicamentos. Entretanto, entre os que dizem fazer uso diário de algum medicamento, 23,52% tomam seus remédios conforme outros lhe entregam e 11,49% não têm domínio algum sobre os remédios, precisam que terceiros assumam essa responsabilidade.

Os idosos, de maneira geral, fazem uso de múltiplos medicamentos em função das doenças crônicas que possuem ou das poliqueixas que apresentam. Por outro lado, além dos medicamentos prescritos pelos médicos, alguns idosos têm o hábito de se automedicarem, fazendo uso de chás ou de medicamentos adquiridos sem prescrição médica. Tais comportamentos favorecem interações medicamentosas adversas, efeitos colaterais potencializados e, às vezes, a inibição do efeito desejado com o uso da droga prescrita<sup>(4)</sup>.

A capacidade para o trabalho configura níveis de autonomia dos idosos. É uma faceta do domínio físico do Whoqol-bref que pode ser relacionada com os determinantes econômicos do envelhecimento ativo.

A realização de trabalhos voluntários ou não remunerados pelos idosos se dá, em muitos casos, por tradição. Especialmente os homens, permanecem trabalhando, deixar de trabalhar é sinônimo de inatividade e anúncio de decadência e desgraça<sup>(17)</sup>. Neste estudo, 19,54% dos idosos compreendem que sua capacidade para o trabalho é ruim, entretanto, 60,92% deles realizam algum tipo de trabalho voluntário, não remunerado em casa ou na comunidade. A relação entre as variáveis capacidade para o trabalho e realização de trabalhos voluntários ou não remunerados, verificada através do teste qui-quadrado revela uma forte associação (qui-quadrado 23,83920; p 0,0000860) constatando-se que a capacidade de realizar trabalhos voluntários contribui para a qualidade de vida do idoso e o mantém ativo na velhice avançada.

Em algumas situações, o trabalho na velhice contribui para o complemento da renda proveniente da aposentadoria. Os idosos deste estudo relatam receber, em sua maioria (48,27%), entre 1 e 2 salários mínimos. Ao relacionar este determinante do envelhecimento ativo com a avaliação do idoso sobre quanto tem dinheiro para satisfazer suas necessidades constata-se que mesmo a renda sendo considerada baixa, 42,53% dos idosos alegam que o dinheiro que recebem supre muito das suas necessidades.

As facetas do domínio psicológico que correspondem a memória e concentração podem ser relacionadas com determinantes pessoais do envelhecimento ativo que tratam de capacidade cognitiva e inteligência. Constatou-se que 51,72% dos entrevistados têm hábitos relacionados a leitura associados a outras atividades de entretenimento; outros 43,67% não têm o hábito da leitura mas executam alguma atividade durante o dia, tais como: assistir televisão, ouvir rádio, jogar carta e dominó e, executar trabalhos artesanais. Ouvir rádio é a atividade predominante entre estes idosos: 91,95% deles ouvem rádio. Ao associar estas atividades com a capacidade de concentração verifica-se que 54,04% estão satisfeitos ou muito satisfeitos com a sua capacidade de concentração, entre esses, 35,64% têm hábito regular de leitura. O ato de ler aproxima as pessoas das informações e favorece a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Entretanto a correlação entre estas variáveis não apresenta relevância estatística.

A participação em atividades físicas é um determinante comportamental para o envelhecimento ativo. O fato de participar em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais e diminuir a incidência de doenças crônicas. A atividade física melhora a saúde mental e pode contribuir para a manutenção da independência pelo período de tempo mais longo<sup>(4)</sup>. Assim, a prática de

atividade física pode ser relacionada com a faceta sentimentos negativos do Whoqol-bref. As barreiras geradas pela idade podem contribuir com o fato de 74,71% dos idosos não realizarem atividade física. Entre os que realizam atividades físicas, a menor associação em termos de frequência de sentimentos negativos é constatada quando 36,36% dos idosos alegam que raramente têm sentimentos negativos (mau humor, depressão, desespero e ansiedade) realizam atividades físicas. Pode-se confirmar que a atividade física contribui para a redução de sentimentos negativos entre os idosos.

A contribuição das relações sociais na qualidade de vida pode ser relacionada com os determinantes sociais do envelhecimento ativo. Quanto ao convívio domiciliar verifica-se que 12,64% dos idosos moram sozinhos. O convívio domiciliar com outras pessoas é a realidade dos demais idosos. Ao relacionar o grau de satisfação com o apoio que recebe de amigos e as possibilidades de convívio familiar, verifica-se que 32,18 % dos idosos estão muito satisfeitos com o apoio de seus amigos, além de conviver no domicílio com seus familiares, mesmo que sem a presença de um companheiro. A literatura confirma que os idosos devem manter relações sociais com familiares e, principalmente com amigos, pessoas da mesma geração, que são livremente escolhidas pelos idosos e, portanto, relações mais funcionais para o atendimento das necessidades psicossociais dos idosos<sup>(18)</sup>.

Ressalta-se que as relações sociais dos idosos envolvidos neste estudo não se restringem ao domicílio. Excetuando-se 20,69% dos informantes, que mantêm suas relações sociais apenas com as pessoas com quem convivem no domicílio. A participação em atividades coletivas, seja na igreja, em grupos de idosos, associações ou em outros ambientes revela a formação de redes de apoio social dos idosos. O convívio social é um dos aspectos fundamentais na qualidade de vida, favorece a integração do idoso em grupos onde se sente valorizado, útil e, principalmente, envolvido em atividades físicas ocupacionais e de recreação<sup>(16)</sup>.

As atividades relacionadas a lazer estão destacadas como determinantes sociais e podem também ser relacionadas com a faceta participação e oportunidades de recreação e lazer do domínio meio ambiente. Neste aspecto constata-se que o convívio com outras pessoas nas casas de parentes e conhecidos satisfaz completamente 32,18% dos idosos no que tange a oportunidades de lazer. Esta relação pode ser expressa através do teste qui-quadrado onde o valor de p (0,0015) aponta para uma associação significativa entre as oportunidades de lazer e as redes de apoio social. Este fato é peculiar do local onde os idosos

moram, pois não existem muitas opções de lazer direcionadas para estas pessoas, menos ainda, atividades adequadas para um público com mais de 80 anos.

Observou-se entre os informantes certo conformismo com a falta de opções de lazer mais adequadas para esse segmento da população. Isso talvez se deva pelo fato desses idosos não terem experimentado em outras épocas de sua vida, oportunidades de lazer diferentes destas que estão disponíveis ainda hoje. Por outro lado, sabe-se que as práticas socioculturais entre imigrantes e descendentes de alemães são muito voltadas para o convívio familiar e os grupos comunitários e/ou vinculados a igreja. Assim, embora tenham idosos que frequentem grupos e associações comunitárias, as oportunidades de lazer, nesta realidade, não são fatores relevantes para qualidade de vida.

O fato de manterem suas relações em nível domiciliar seja o do próprio idoso ou de pessoas de seu convívio, diminui as possibilidades de violência extradomiciliar. Dessa forma, quando o determinante social, violência, é relacionado a faceta segurança física e proteção – domínio meio ambiente- verifica-se que os poucos casos de violência encontrados (9 casos), restringem-se a roubos e ao fato de terem sido forçados a deixar seus rendimentos com terceiros. Mesmo assim, nenhum idoso faz menção de sentir-se inseguro na sua vida diária e, 64,37% dos idosos dizem sentir-se bastante ou extremamente seguros, enquanto que 59,77% sentem-se seguros e não foram vítimas de violência ou abusos.

No caso de violência e abusos contra idosos é importante lembrar que idosos frágeis ou que vivam sozinhos são mais vulneráveis a crimes como furtos ou agressão. O abuso contra idosos é uma das causas relevantes de lesões, doenças, isolamento e desespero. Em todas as culturas não é comum o hábito de denunciar a violência e maus tratos contra idosos<sup>(4)</sup>. Esta situação remete a uma reflexão quanto aos idosos entrevistados neste estudo, o fato de conviverem com seus familiares de maneira muito próxima e de estarem sendo entrevistados por pessoas da própria comunidade pode ter gerado certo constrangimento e talvez tenha levado, a alguns idosos, preferirem não relatar fatos de violência ou maus tratos sofridos.

Os determinantes do ambiente físico, considerando-se as condições de moradia e a incidência de quedas podem ser relacionados com a satisfação com as condições do local onde mora –domínio meio ambiente – e a capacidade de locomoção – domínio físico. De modo geral, 94,25% dos idosos estão satisfeitos/muito satisfeitos com as condições do local onde moram. Contudo, ao associar as condições da

moradia com a presença de riscos, constata-se que 36,78% estão satisfeitos com a moradia e não identificam riscos para sua saúde na casa onde moram.

Mesmo entre os idosos que se dizem satisfeitos com as condições da moradia, riscos como presença de tapetes, degraus e pisos escorregadios são considerados por 49,42% dos entrevistados. Vale lembrar que muitos dos sujeitos desse estudo ainda residem na casa que construíram quando eram jovens, quando não tinham preocupações nem mesmo conhecimento sobre os fatores de riscos para quedas.

Ressalta-se que as construções devem levar em conta a segurança e a saúde das pessoas idosas. Obstáculos e situações (pisos escorregadios e tapetes) que aumentam o risco de quedas devem ser corrigidos ou removidos<sup>(4)</sup>. Os acidentes constituem-se na sexta causa de mortes entre idosos de 75 anos ou mais e a queda é a responsável por 70% dessas mortes. Cerca de 30% dos idosos que moram na comunidade caem ao menos 1 vez ao ano<sup>(15)</sup>.

Estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul aponta que as mulheres sofrem mais quedas que os homens e que o grupo mais susceptível a quedas é o de idosos com mais de 80 anos<sup>(17)</sup>. Neste estudo também se observou que as mulheres estão sofrendo mais quedas do que os homens. Constatou-se que 57,88% das mulheres sofreram quedas enquanto que 42,11% dos homens sofreram quedas.

Ao relacionar as quedas com as condições da moradia, verifica-se que 29,74% dos idosos que sofreram quedas identificaram a presença de riscos em sua moradia. A associação entre quedas e a capacidade de locomoção é expressa pelo teste de Kruskal-Wallis que revela a associação entre as variáveis ( $F 5,463900$ ;  $p0,0058777$ ). Assim, pode-se dizer que quanto melhor a capacidade de locomoção menor o risco de queda.

Os serviços sociais e de saúde, enquanto determinantes do envelhecimento ativo, podem ser relacionados com a satisfação do idoso frente ao acesso aos serviços de saúde, uma faceta do domínio meio ambiente do Whoqol-bref.

Os profissionais de saúde visitaram, no último mês, 25,29% dos participantes desse estudo enquanto que 94,26% afirmam receber visita mensal do agente comunitário de saúde. A vacina da gripe é aplicada anualmente em 81,61% da população idosa como forma de prevenção de doenças.

A consulta médica é procurada por 72,41% dos idosos somente quando se sentem doentes. Entre os portadores de hipertensão e diabetes 36,78% referem frequentar mensalmente os grupos de promoção em



saúde e controle da hipertensão e do diabetes. Do total da amostra desse estudo 20,69% dos idosos com mais de 80 anos estiveram internados no último ano e 3,45% realizaram procedimentos cirúrgicos. Os serviços de saúde mental foram utilizados por 4 pessoas (4,6%) destes idosos.

Merece destaque o fato de 83,91% dos idosos não ter procurado por assistência odontológica no último ano, ainda que 60,92% deles sejam edêntulos. Eles relataram que não sentem a necessidade de ir ao dentista.

Quanto à satisfação com o acesso aos serviços de saúde, verifica-se que 73,57% dos idosos estão satisfeitos/muito satisfeitos com o seu acesso aos serviços de saúde. Estudo realizado com idosos em um município da Grande Florianópolis/SC também confirma a satisfação com o acesso aos serviços de saúde por parte da maioria dos idosos. Esse trabalho revelou que a Estratégia Saúde da Família ocupa papel de destaque, pois promove atividades assistenciais, educativas, de promoção e recuperação da saúde<sup>(19)</sup>. Nesse contexto fica evidente a importância dos serviços de saúde para a manutenção da qualidade de vida, além de fornecer elementos que contribuem para o envelhecimento ativo.

Com essa pesquisa buscou-se averiguar se existe correlação entre os determinantes do envelhecimento ativo e os domínios/facetadas de avaliação de qualidade de vida. Constatou-se que envelhecer ativamente é importante para a qualidade de vida entre os idosos mais idosos. Entretanto, o envelhecimento ativo deve de fato ser uma política de preparo para o envelhecimento e a velhice, pois após os 80 anos alguns dos determinantes não cumprem os propósitos que lhes são atribuídos. Da mesma forma, alguns determinantes do envelhecimento ativo não tem correlação com as facetadas que avaliam a qualidade de vida através do Whoqol-bref.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O aumento exponencial no número de octogenários no Brasil exige uma nova postura em termos de políticas públicas e de profissionais de saúde habilitados para atendê-los. É fundamental para o envelhecimento a manutenção da autonomia e da independência. A qualidade de vida que as pessoas terão quando idosas depende não só das suas vivências e experiências, mas também da forma como as gerações futuras irão apoiar estes idosos.

Envelhecer ativamente significa aproveitar todas as oportunidades para manter a saúde com segurança e participação. Ter qualidade de vida é ter saúde física e emocional, mantendo-se

independente, com relações sociais, crenças e envolvimento com o meio onde vive. Com estes argumentos pode-se pensar que envelhecer ativamente é um atributo intrínseco a qualidade de vida na velhice.

Os idosos mais longevos neste estudo têm uma percepção elevada de sua qualidade de vida e cumprem com boa parte dos determinantes do envelhecimento ativo, entretanto, não relacionam todos estes determinantes como imprescindíveis para a manutenção da qualidade de vida. Os componentes genéticos têm menor relevância em relação aos fatores ambientais. Questões direcionadas ao saneamento básico tendem a ser menos valorizadas. As questões relacionadas a redes de apoio social, convívio familiar e atividades diárias ganham expressão quando relacionadas à qualidade de vida.

Na perspectiva do envelhecimento ativo sugere-se que seus determinantes sejam difundidos como política de saúde para a população em geral no intuito de preparar o envelhecimento e garantir a qualidade de vida na velhice.

As equipes de saúde têm papel fundamental no alcance do envelhecimento ativo e na manutenção da qualidade de vida da população em geral, especificamente dos idosos. É possível estabelecer estratégias que ampliem o alcance dos determinantes do envelhecimento ativo já que a saúde é um dos elementos a serem considerados para envelhecer com qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Assis, M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ; 2004.
2. Fleck MPA, organizador. A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica nº 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde.. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
5. Veras R. Fórum - Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Cadernos de

Saúde Pública. 2007; 23(10).

6. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 1995; 41(10):1403-1409.

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (BR). Contagem da População 2007. 2007 [acesso em 2009 Set 05]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007\\_DOU\\_05\\_10\\_2007.xls](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007_DOU_05_10_2007.xls)

8. Instrument (the WHOQOL). Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heide The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Iberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.

9. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M. SEstatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. 2009. [acesso em 05 set 2009]. Disponível em: <http://www.sestat.net>

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (BR). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2002. [acesso em 04 nov 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/noticias>

11. Albuquerque SML. Qualidade de vida do idoso. São Paulo: Cedecis; 2006.

12. Neri AL, organizadora. Qualidade de vida e idade madura. Campinas(SP): Papirus; 2007.

13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (BR). Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001. 2001. [acesso em 04 nov 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

14. Lopes AC, organizador. Tratado de clínica médica. 2.ed. São Paulo:Roca; 2009.

15. Neri AL, organizadora. Palavras – chave em gerontologia. Campinas (SP): Papirus; 2005.

16. Silva TE, Rezende CHA. Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de centros de convivência e institucionalizados por meio do questionário genérico Whoqol-bref. 2009. [acesso em 04 out 2009]. Disponível em: [http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/edicao%202006\\_1/D/tais\\_este](http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/edicao%202006_1/D/tais_este)

vao.pdf

17. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):374-383.

18. Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer ÂI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(2):250- 257.

19. Martins JJ. Avaliação da qualidade de vida dos idosos que recebem cuidados domiciliares. *Rev. Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3): 265-271.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Prolongar a juventude, descobrir motivos para ser feliz com idade avançada, envelhecer de maneira ativa e com boa qualidade de vida individual e social tem sido a aspiração de muitas pessoas, manifestadas em diversas áreas do conhecimento, especialmente na gerontologia. A longevidade trás o desejo de uma vida mais longa que em contrapartida é permeado pela incerteza das incapacidades e morbidades.

O envelhecimento sem precedentes da população brasileira indica que medidas importantes devem ser adotadas de modo a garantir um envelhecimento ativo da população, aliado a qualidade de vida. Naturalmente, o processo de envelhecimento favorece algumas limitações, entretanto o aumento de idosos consequentemente aumenta a quantidade de intervenções de longa duração e os custos para se manter as ações necessárias.

Muito além de se pensar em complicações do envelhecimento, esse deve ser encarado como um processo natural que deve ser preparado ao longo da vida. Surge o desafio de se traçar limites entre o envelhecimento fisiológico e as características patológicas que podem ser acumuladas com o envelhecimento.

O aumento exponencial do número de idosos com mais de 80 anos no Brasil exige uma nova postura tanto política como assistencial. A manutenção da saúde com autonomia e independência, a formação de redes de apoio social, moradia segura, acesso a informações aliados as possibilidades de adquirir novas habilidades e informações, contribuem para o aumento dos anos vividos aliados a qualidade de vida.

As políticas de saúde, ao longo de muitos anos, não contemplaram questões relativas ao idoso e envelhecimento. A deficiência de políticas públicas voltadas para o idoso pode configurar a falta de assistência adequada a esses idosos. Duas conquistas importantes em termos de políticas direcionadas para a assistência de idosos foram o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional do Idoso (Lei Nº. 8842). O primeiro visa garantir aos idosos os direitos de proteção à vida e à saúde e a segunda tem como objetivos promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir e tratar doenças, garantindo que essa população permaneça em seu meio social.

Esses direitos fundamentais do idoso, garantidos por lei, devem ser respeitados e a sociedade em geral, além dos profissionais de saúde

devem implementar ações que favoreçam o alcance das diretrizes propostas para o atendimento dos idosos.

A política de Envelhecimento Ativo e o Pacto pela Saúde, ampliam as possibilidades de ações para atendimento de idosos. Sugere-se que a programação das atividades considere as necessidades, preferências e habilidades da pessoa idosa.

Faz-se necessário que a política de envelhecimento ativo seja apoiada pelas políticas sociais de saúde, pelo mercado de trabalho e emprego, além das políticas de educação buscando-se redução de mortes prematuras, controle e redução de doenças crônicas entre idosos, maior participação dos idosos em atividades sociais, culturais, econômicas e políticas e, conseqüentemente, redução de gastos com tratamentos e serviços de assistência à saúde (OMS, 2005).

Envelhecer ativamente significa aproveitar todas as oportunidades para manter a saúde com segurança e participação. Ter qualidade de vida é ter saúde física e emocional, mantendo-se independente, com relações sociais, crenças e envolvimento com o meio onde vive. Com estes argumentos pode-se pensar que envelhecer ativamente é um atributo intrínseco a qualidade de vida na velhice.

É importante destacar que os determinantes do envelhecimento ativo devem ser atribuídos como metas a serem alcançadas ao longo da vida de todos os indivíduos, a fim de garantir que o envelhecimento seja permeado pela independência e autonomia. As pessoas devem estar preparadas para viver o maior número de anos possível com saúde e qualidade de vida.

A introdução do conceito qualidade de vida na área da saúde apresentou relações com vários outros constructos, alguns eminentemente biológicos, outros sociais e psicológicos e ainda aqueles que consideram questões econômicas. Assim, o aspecto mais genérico do conceito qualidade de vida, a saúde, é apenas um de seus domínios o que configura o grande diferencial para se tratar a qualidade de vida como uma variável emergente na avaliação de idosos.

Conhecer a qualidade de vida de idosos mais idosos propicia elementos importantes para a adequação do cuidado a este público, permitindo o atendimento adequado de suas necessidades.

Os idosos mais longevos neste estudo têm uma percepção elevada de sua qualidade de vida e cumprem com boa parte dos determinantes do envelhecimento ativo, entretanto, não relacionam todos estes determinantes como imprescindíveis para a manutenção da qualidade de vida. Os componentes genéticos têm menor relevância em relação aos fatores ambientais. Questões direcionadas ao saneamento básico tendem

a ser menos valorizadas. As questões relacionadas a redes de apoio social, convívio familiar e atividades diárias ganham expressão quando relacionadas à qualidade de vida.

Na perspectiva do envelhecimento ativo sugere-se que seus determinantes sejam difundidos como política de saúde para a população em geral no intuito de preparar o envelhecimento e garantir a qualidade de vida na velhice.

As equipes de saúde têm papel fundamental no alcance do envelhecimento ativo e na manutenção da qualidade de vida da população em geral, especificamente dos idosos. É possível estabelecer estratégias que ampliem o alcance dos determinantes do envelhecimento ativo já que a saúde é um dos elementos a serem considerados para envelhecer com qualidade de vida.

Muitas são as intervenções que devem ser implementadas para manter e melhorar os níveis de qualidade de vida da população estudada, mas segundo os achados alguns aspectos parecem ser primordiais, tais como: oportunizar programas de alfabetização e educação permanente; a criação de maiores oportunidades de lazer e recreação e favorecer espaços para ampliar ou manter as redes de apoio social, permitindo a participação mais eficiente desses idosos nas atividades da comunidade. Tais medidas possibilitariam a redução do tempo ocioso a criariam oportunidades de acesso a informações e para aquisição de novas habilidades.

Na perspectiva de cuidados com a saúde percebe-se a necessidade de ser programadas ações com o objetivo de controlar as co-morbidades e de incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis. Entre estes idosos observa-se claramente a dependência de tratamentos e medicamentos. Os resultados deste estudo podem auxiliar profissionais de saúde e gestores na avaliação dos serviços ofertados, além de incentivar uma reflexão sobre as estratégias de saúde voltadas para os idosos.

Nesse estudo verificou-se que os instrumentos Whoqol-bref e Whoqol-old constituem uma importante ferramenta quando se busca conhecer a qualidade de vida percebida pelos idosos. Ao utilizá-los junto a clientela estudada constatou-se uma avaliação positiva da qualidade de vida, com escores totais altos nas duas modalidades de Whoqol.

Uma das limitações deste estudo está relacionada ao fato da pesquisadora não ter encontrado na literatura uma escala que avalie os determinantes de envelhecimento ativo. Construir um instrumento com vistas a avaliar esses determinantes foi, sem dúvida, um grande desafio e sabe-se que ele é frágil e necessita ser aprimorado. No entanto, foi uma

primeira iniciativa com a intenção de averiguar como esses determinantes se expressam no cotidiano da vida de idosos mais idosos. Sugere-se que estudos futuros busquem desenvolver e validar escalas psicométricas que possibilitem a avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo na vida dos idosos e sua repercussão em sua qualidade de vida. Assim, será possível ampliar as discussões sobre esta política, contribuindo para melhorar a qualidade e eficácia dos atendimentos às necessidades da população idosa.

Evidencia-se, dessa forma, um desafio para os profissionais de saúde, estabelecer ações que envolvam o maior número possível de pessoas, cada vez mais jovens, buscando consolidar a política de envelhecimento ativo. Acredita-se que eles possam mobilizar as equipes multiprofissionais com vistas a trabalharem em estratégias que atendam todos os aspectos dos determinantes do envelhecimento ativo. Dessa forma, será possível ampliar a perspectiva de qualidade de vida da população idosa no futuro.

Conclui-se que independência, autonomia e boa saúde física aliadas ao desempenho de papéis sociais, faz com que os idosos mantenham-se ativos com a sua qualidade de vida preservada ao longo dos anos. Evidências de envelhecimento ativo são constatadas quando os idosos tornam-se cada vez mais longevos, mantendo a expectativa de uma vida segura, com possibilidades de participação social acompanhadas de melhorias nas condições de saúde e cuidado, com preservação da qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

AUQUIER P, Simeoni MC; MENDIZABAL H. Abordagens teóricas e metodológicas de la qualidade de vida ligada à saúde. **Revista Prevenir**, n. 33, p.77-86,1997.

BARROS, Myriam Moraes Lins de (org). **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

BOWLING, A; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci Med**. v.41, 1995, p.1337-8.

BENEDETTI, Tania R. Bertoldo; BORGES, Lucélia Justino; PETROSKI, Edio Luis; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Atividade física e estado mental de idosos. **Rev. de Saúde Pública**. v. 42. n. 2, 2008, p.302-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário estatístico de saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultado da amostra do censo demográfico 2000 – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001**. Rio de Janeiro. 2001b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 04 novembro 2007.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília. 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 29 março 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080**. Brasília. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 29 março 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142**. Brasília. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 29 março 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.842**. Brasília. 1994. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/3idade/Legisla%C3%A7%C3%A3o/lei8842.html>>. Acesso em: 29 março 2009.

\_\_\_\_\_. Estatuto do idoso, de 23 de setembro de 2003. **Lei 10.741/2003**.

Disponível em:  
<<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 13 fevereiro 2008.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. **Contagem da População 2007**. 2007. Biblioteca Virtual Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007\\_DOU\\_05\\_10\\_2007.xls](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/populacao/2007_DOU_05_10_2007.xls)>. Acesso em: 13 fevereiro 2008.

\_\_\_\_\_. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil**. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default.shtm>>. Acesso em: 15 fevereiro 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica n° 19: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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), 2006b. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 29 março 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006c.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 2528/GM, de 19 de outubro de 2006**, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, 2006d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> . Acesso em: 29 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria da Secretaria de Assistência da Saúde de n° 249/SAS/MS, de 16 de abril de 2002**, que aprova as normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, 2002. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria\\_249.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/Portaria_249.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. **Decreto da Presidência da República nº 1948 de 03 de julho de 1996**, que regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências, 1996. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109143/decreto-1948-96>> . Acesso em: 29 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica nº 21: Dez Anos de Saúde da Família no Brasil**, v. 5, mar/abr, 2004.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 196, 10 de outubro de 1996**. 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/coselho/res196/RES19696.htm>>. Acesso em: 13 fevereiro 2008.

\_\_\_\_\_. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 702 de 12 de abril de 2002**, que propõe a organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do Idoso. Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impressao.php?id=6622](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6622)> . Acesso em: 29 março 2009.

BRUNNER, Lillian Sholtis. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira**: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002, 26 p.

\_\_\_\_\_. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** A família como locus de apoio e de trocas intergeracionais. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

\_\_\_\_\_. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. 20 p.

CALDAS. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CARVALHO, José Alberto Magno de. GARCIA, Ricardo Alexandrino. O Envelhecimento da População Brasileira: um Enfoque Demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19. n. 3., 2003.

CELLA D.F., TULSKY D.S.. Measuring the quality of life today: methodological aspects. **Oncology (Huntingt)**, v.4, n. 5, 1990, 29-38.

CIANCIARULLO, Tâmara Iwanow. **Uma nova estratégia em foco: o programa saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS.** São Paulo: Ícone, 2005.

FERRANS, CE; POWER, MJ. Psychometric assessment of quality of life index. **Rev Nurse Health.** v.15,1992, p.29-38.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de, TONINI, Tereza. **Gerontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento.** São Paulo: Yendis, 2006.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública.** 4 ed. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FLECK, Marcelo PA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Rev. Saúde Coletiva,** n, 5, p. 33-8, 2000.

FLECK, Marcelo PA; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Marta et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.34, n.2, p. 178-83, abr 2000.

FLECK, Marcelo PA; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saude Publica.** v. 37, n. 6, p.793-9, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida e cols. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 19. n. 3, p 759-771, 2003.

GIACOMIN, K.C; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Caderno de Saúde Pública,** v. 21, n. 5, p. 1509-18, 2005.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Fundação João Pinheiro, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Qualidade de**

**Vida.** IPEA, Brasília,1998.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico e filosofia.** 3.ed. E Rio de Janeiro: TupyKurumin, 2001.

KACHAR, Vitória. **Terceira Idade & Informática:** aprender revelando potencialidades. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública.** v.19, n. 3, 2003.

MACHADO, Scheila Mara; SAWADA, Namie Okino. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.17, n.4, p.750-757, out-dez. 2008.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, n. 1, mar. 2008. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100004&lang=pt). Acesso em: 29 março 2009.

MAZO, Giovana Zarpellon. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas.** 2003. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto) Universidade do Porto, Porto, 2003.

MELO, Michelle Martins de. **Prevenção de Acidentes Domésticos em Idosos:** Relato de Experiência. 5º Simpósio de Ensino de Graduação. Out/2007. Disponível em:  
<<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/5amostra/4/240.pdf>>. Acesso em: 16 junho 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev Ciência & Saúde Coletiva,** v.5,n.1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>> Acesso em: 06 maio 2008.

MORAIS, Eliane Pinheiro de; RODRIGUES, Rosalina aparecida Partezani; GERHARDT, Tatiana Engel. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Rev. Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.17, n.2, p. 374-383, 2008.

NASSAR, Silvia M., WRONSCKI, Vilson R., OHIRA, Masanao et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <http://www.sestat.net> Acesso em: 02 abril 2009.

NERI. Anita Liberalesso (Org). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Papyrus, 2005.

\_\_\_\_\_. **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papyrus, 2007.

\_\_\_\_\_.; FREIRE, Sueli Aparecida (orgs). **E por Falar em Boa Velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

NESPE-Fiocruz-UFGM **Carta de Ouro Preto**: desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos no Brasil. Minas Gerais, 2002 Disponível em <[http://www.unati.uerj.br/ destaque/ouro\\_preto.doc](http://www.unati.uerj.br/destaque/ouro_preto.doc)>. Acesso em: 14 julho 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo**: Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Manual WHOQOL-OLD**. 1995 Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>> Acesso em: 16 agosto 2008.

OLIVEIRA, Maria Marli de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

PATRÍCIO, Karina Pavão; RIBEIRO, Helena; HOSHINO, Katsumasa; *et al.* O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1189-1198, 2008.

PAPALEO NETTO, Matheus. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. p. 2-12.

PERRACINI, Mônica Rodrigues. **Planejamento e Adaptação do Ambiente para pessoas Idosas**. Cap. 120, p. 1142 - 1151. FREITAS Elizabete Viana de. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2006

POLIT, D. BECK, C. HUNGLER, B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre:

Artmed, 2004.

RAMOS, Luis Roberto. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p 72-78.

\_\_\_\_\_. Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, 2003.

RAMEIX, S. Justifications et difficultés éthiques du concept de qualité de vie. **Revue Prevenir**, v.33, p. 89-103,1997.

RIBAS, Evelin Cristiane; MURAI, Hogla Cardozo. Situando o idoso e as demandas de Enfermagem para a Qualidade de Vida. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 01. n. 2, p.7-11, 2004.

RODRIGUES, Mirian Amaral; CAMPOY, Marcos. Projeto vivendo saúde: dilemas e propostas para promover a qualidade de vida de idosos com hipertensão e diabetes em uma UBS. **Rev. Saúde Coletiva**. v. 01, n. 3, p. 17-21 2004.

RUFINO NETTO, A.. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994.

SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM COMERCIAL. **Fundamentos da Saúde**. Rio de Janeiro: SENAC nacional, 2007. 80 p.

SILVA, Luzia Wilma Santana da. **A dinâmica de relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

SILVA, A.M.S. *et al.* **Envelhecendo e Vivendo sem Barreiras Ambientais**. Monografia (Curso de Especialização em Gerontologia) Núcleo da Terceira Idade, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Relatórios. Petrolândia, 2009.

UCHOA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p.849-853, 2003.

VERAS, Renato. Fórum - Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme On Mental Health. **Whoqol-bref**: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996.

ZIMERMANN, Guite I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000.



## APÊNDICES

## **APÊNDICE A – Questionário de verificação de fatores de envelhecimento ativo.**

Este questionário tem mo propósito de averiguar a presença de fatores de envelhecimento ativo entre as pessoas com 80 anos ou mais.

Procure responder todas as perguntas. Caso fique em dúvida, escolha a alternativa que lhe parece mais apropriada, normalmente esta é a primeira escolha.

### **IDENTIFICAÇÃO; GÊNERO E CULTURA**

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Cor: ( ) branco ( ) negro ( ) outros

Religião: \_\_\_\_\_

Descendência: ( ) alemães ( ) italianos ( ) asiáticos  
( ) outros \_\_\_\_\_ ( ) não sabe informar

### **DETERMINANTES ECONÔMICOS**

01. Sua profissão é: \_\_\_\_\_

02. Sua ocupação é: \_\_\_\_\_

03. Renda mensal:

- 1 ( ) até 1 salário mínimo
- 2 ( ) entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 ( ) entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 ( ) mais de 3 salários mínimos

04. Benefícios sociais:

- 1 ( ) aposentadoria
- 2 ( ) previdência privada
- 3 ( ) fundo de pensão de terceiros (militares e bancários)
- 4 ( ) auxílios sociais ( bolsa família; auxílio gás; vale alimentação e outros)
- 5 ( ) não recebe benefícios sociais

05. Quanto à realização de trabalhos não remunerados em casa e serviços voluntários

- 1 ( ) participa como voluntário em serviços nas igrejas, escolas ou associações comunitárias
- 2 ( ) é responsável direto pela organização e manutenção da casa
- 3 ( ) presta cuidados domiciliares a outros membros da família (companheiro; filhos ou netos)
- 4 ( ) executa trabalhos não remunerados de horta, jardinagem ou cuidado com animais
- 5 ( ) não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários

Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

### **DETERMINANTES SOCIAIS**

06. Quanto a escolaridade e alfabetização

- 1 ( ) não sabe ler e escrever e não assina o nome
- 2 ( ) não sabe ler e escrever, mas assina o nome
- 3 ( ) tem até dois anos de escolaridade
- 4 ( ) tem entre dois e quatro anos de escolaridade
- 5 ( ) tem entre quatro e oito anos de escolaridade
- 6 ( ) tem mais de oito anos de escolaridade

07. Quanto à violência e maus tratos

- 1 ( ) foi roubado em casa ou na rua
- 2 ( ) foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar
- 3 ( ) foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros
- 4 ( ) foi abusado sexualmente
- 5 ( ) sente-se abandonado ou excluído pelos familiares e sociedade
- 6 ( ) nenhuma das situações

08. Quanto ao convívio no domicílio

- 1 ( ) mora sozinho
- 2 ( ) mora com companheiro
- 3 ( ) mora com companheiro e filhos
- 4 ( ) mora com companheiro filhos e netos
- 5 ( ) mora com outros familiares
- 6 ( ) mora com estranhos

## 09. Redes de apoio social

- 1 ( ) participa de grupo de idosos
- 2 ( ) frequenta a igreja e grupos religiosos
- 3 ( ) faz parte de outras associações como clube de mães e cooperativas agrícolas
- 4 ( ) convive com outras pessoas em ambientes fora de casa (bares, restaurantes, casa de conhecidos ou vizinhos)
- 5 ( ) fica todo o tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família

**AMBIENTE FÍSICO**

## 10. Água e saneamento básico

- 1 ( ) usa água da CASAN e tem fossa
- 2 ( ) usa água da CASAN e o esgoto cai direto na rede pluvial
- 3 ( ) usa água da CASAN e o esgoto é a céu aberto
- 4 ( ) usa água de poço ou nascente e tem fossa
- 5 ( ) usa água de poço ou nascente e o esgoto cai direto na rede pluvial
- 6 ( ) usa água de poço ou nascente e o esgoto é a céu aberto
- 7 ( ) não sabe informar

## 11. O descarte do lixo é:

- 1 ( ) jogado a céu aberto
- 2 ( ) queimado ou enterrado
- 3 ( ) coletado pelo serviço municipal de coleta de lixo
- 4 ( ) parte coletada e parte queimada ou enterrada
- 5 ( ) parte coletada e parte jogada a céu aberto
- 6 ( ) não sabe o que é feito com o lixo produzido na casa

## 12. A casa onde mora:

- 1 ( ) casa própria e quarto privativo para a pessoa ou casal
- 2 ( ) casa própria e quarto dividido com terceiros
- 3 ( ) casa do filho(a) e quarto privativo para a pessoa ou casal
- 4 ( ) casa do filho(a) e quarto dividido com terceiros
- 5 ( ) casa alugada pelo idoso ou casal
- 6 ( ) casa alugada pelo idoso ou casal e dividida com outros familiares

## 13. Condições da casa onde mora:

- 1 ( ) bem iluminada
- 2 ( ) com pisos irregulares e escorregadios
- 3 ( ) presença de degraus ou escadas

- 4 ( ) presença de tapetes em todos os cômodos  
5 ( ) o banheiro é fora da parte principal da casa  
Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

14. Quedas depois de ter completado 80 anos:  
1 ( ) caiu no quarto  
2 ( ) caiu no banheiro  
3 ( ) caiu nos outros cômodos da casa  
4 ( ) caiu no quintal; jardim ou arredores da casa  
5 ( ) caiu ao andar pela cidade  
6 ( ) nunca sofreu quedas

### **DETERMINANTES PESSOAIS**

15. Presença de doenças entre familiares (considerar os pais, irmão e tios)  
1 ( ) problemas do coração (insuficiência cardíaca, coronariopatias e infarto)  
2 ( ) diabetes mellitus  
3 ( ) hipertensão arterial sistêmica  
4 ( ) câncer  
5 ( ) demências  
6 ( ) doenças músculo esqueléticas (artrite, artrose, osteoporose, entre outras)  
Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

16. Como é o grau de satisfação com a vida depois dos 80 anos?  
1 ( ) muito satisfeito  
2 ( ) satisfeito  
3 ( ) nem satisfeito nem insatisfeito  
4 ( ) insatisfeito  
5 ( ) muito insatisfeito

17. Entre os itens a seguir selecione as atividades que você executa:  
1 ( ) joga cartas ou dominó  
2 ( ) tem o hábito de ler (jornais, revistas ou livros)  
3 ( ) realiza trabalhos artesanais  
4 ( ) assiste televisão diariamente  
5 ( ) escuta rádio  
6 ( ) não realiza nenhuma das atividades acima relacionadas  
Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

**DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS**

## 18. Consumo de cigarros

- 1 ( ) nunca fumou  
2 ( ) já fumou e parou (quanto tempo está sem fumar? \_\_\_\_\_)  
3 ( ) mora com pessoas que fumam  
4 ( ) fuma de cigarros de palha ( quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_)  
5 ( ) fuma menos de uma carteira de cigarros/dia ( quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_)  
6 ( ) fuma mais de uma carteira de cigarros/dia ( quantos cigarros/dia? \_\_\_\_\_)

## 19. Atividades físicas

- 1 ( ) não executa atividade física  
2 ( ) realiza atividades físicas esporadicamente  
3 ( ) realiza atividades físicas duas ou três vezes por semana  
Quais as atividades físicas que realiza?

---

---

---

---

---

## 20. Quais os alimentos que são habitualmente consumidos nas refeições feitas ao longo do dia?

---

---

---

---

---

---

---

## 21. Quanto à dieta:

- 1 ( ) foi orientado para restringir alguns alimentos e segue as recomendações  
2 ( ) foi orientado para restringir alguns alimentos e NÃO segue as recomendações  
3 ( ) não foi orientado quanto a restrição de alimentos  
4 ( ) considera sua alimentação saudável  
5 ( ) reconhece que consome alimentos que trazem prejuízos para sua saúde

Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

22. Saúde oral:

- 1 ( ) seus dentes são naturais
- 2 ( ) usa prótese dentária
- 3 ( ) usa prótese dentária e tem alguns dentes naturais
- 4 ( ) não usa prótese dentária

23. Frequência das visitas ao dentista no ultimo ano

- 1 ( ) foi 1 vez ao dentista no ultimo ano
- 2 ( ) foi 2 vezes ao dentista no ultimo ano
- 3 ( ) foi 3 vezes ou mais ao dentista no ultimo ano
- 4 ( ) não foi ao dentista no ultimo ano

24. Quanto ao consumo de bebida alcoólica

- 1 ( ) não toma bebidas alcoólicas
- 2 ( ) toma bebidas alcoólicas em eventos sociais esporádicos
- 3 ( ) toma bebidas alcoólicas 3 vezes por semana
- 4 ( ) toma bebidas alcoólicas 1 vez por semana
- 5 ( ) toma bebidas alcoólicas diariamente

OBS: Se a pessoa faz uso regular de bebidas alcoólicas solicitar que informe o que bebe e quantos copos.

---

---

---

---

---

25. Sobre o uso de medicamentos:

- 1 ( ) não toma remédios diariamente
- 2 ( ) toma seus remédios sozinho sem esquecimentos ou trocas
- 3 ( ) toma seus remédios sozinho mas as vezes esquece ou toma errado
- 4 ( ) toma os remédios conforme os outros entregam para você tomar

26. Liste ou apresente os medicamentos que você toma diariamente  
Anotar os medicamentos em uso:

---

---

- 
- 
- 
- 
- 
- 1 ( ) o idoso sabe quais os medicamentos que toma  
2 ( ) o idoso não sabe quais os medicamentos que toma mas consegue identificá-los através das embalagens  
3 ( ) o idoso não tem domínio algum sobre seus medicamentos  
4 ( ) não toma remédios diariamente
27. Algum medicamento lhe causou alergia ou outras reações (tosse, dor no estômago e outras)
- 1 ( ) alergia  
2 ( ) outras reações  
3 ( ) alergia e outras reações  
4 ( ) nenhuma queixa
- Em caso afirmativo citar o medicamento que lhe causou efeito adverso
- 
- 

## **SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE**

Quanto a promoção da saúde:

28. Faz consultas médicas

- 1 ( ) anualmente  
2 ( ) a cada 6 meses  
3 ( ) somente quando está sentindo-se doente

29. Participação, mensal, nos grupos de controle da hipertensão e do diabetes

- 1 ( ) participa mensalmente  
2 ( ) participa as vezes  
3 ( ) não participa, terceiros buscam os medicamentos  
4 ( ) não tem hipertensão ou diabetes

30. Quanto a vacinação contra gripe

- 1 ( ) toma a dose anual  
2 ( ) já tomou uma ou mais doses e não quer tomar mais  
3 ( ) nunca tomou



Quanto aos serviços curativos:

31. Hospitalizações

- 1 ( ) não esteve internado no ultimo ano
- 2 ( ) esteve internado 1 ou 2 vezes no ultimo ano
- 3 ( ) esteve internado mais de 3 vezes no ultimo ano.

32. Procedimentos cirúrgicos

- 1 ( ) não realizou cirurgias no ultimo ano
- 2 ( ) realizou 1 cirurgia no ultimo ano
- 3 ( ) realizou mais de 1 cirurgia no ultimo ano

Quanto a assistência a longo prazo

33. Visitas domiciliares nos últimos 6 meses

- 1 ( ) recebeu visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde
- 2 ( ) recebeu visita domiciliar do enfermeiro
- 3 ( ) recebeu visita domiciliar do médico
- 4 ( ) recebeu visita domiciliar de outros profissionais da saúde
- 5 ( ) não recebeu visita dos representantes dos serviços oficiais de saúde

Este questionamento permite optar por mais de uma alternativa

34. Recebeu assistência de cuidadores informais nos últimos 6 meses:

- 1 ( ) pastoral da saúde
- 2 ( ) pastoral do idoso
- 3 ( ) familiar cuidador
- 4 ( ) pessoas leigas contratadas para cuidar
- 5 ( ) pessoas leigas voluntárias para cuidar
- 6 ( ) não recebe nenhum tipo de ajuda para o cuidado rotineiro

35. Quanto ao acesso ao serviço de saúde mental (psicólogo, psiquiatra)

- 1 ( ) nunca precisou do serviço da saúde mental
- 2 ( ) precisou de serviço da saúde mental e foi atendido pelo SUS
- 3 ( ) precisou do serviço de saúde mental e foi atendido por serviço particular ou convênios

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Eu,.....(idoso) declaro estar de acordo em participar como informante no projeto “QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO: UM ESTUDO COM IDOSOS OCTAGENÁRIOS RESIDENTES NA COMUNIDADE”, que tem como objetivo geral: investigar a percepção da qualidade de vida e o atendimento aos fatores determinantes do envelhecimento ativo entre idosos residentes na zona urbana e rural de um município de Santa Catarina. . Esse estudo é de autoria da mestrandia Rosimeri Geremias Farias, sob orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. Autorizo também o registro escrito em formulário específico de todos os dados por mim fornecidos durante a coleta dos dados. Declaro, ainda, que me foi afiançado que todas as informações obtidas seriam tratadas com o máximo respeito e, que o anonimato e sigilo seriam garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso

desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Profª Dra. Silvia Mª Azevedo dos Santos – Pesquisadora Responsável

Fones: 48 37219480 / 48 96086836

Mestranda Rosimeri Geremias Farias – Pesquisadora Principal

Fones: 47 3535-1597 / 9175 8215

---

Assinatura Informante

---

RG/CIC Informante

**ANEXOS**

## ANEXO A - WHOQOL Bref

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	mais ou menos	Bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico	1	2	3	4	5

	para levar sua vida diária?					
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-adia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de	1	2	3	4	5

	transporte?					
--	-------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	Frequente-mente	muito frequen-temente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



## ANEXO B - WHOQOL –old

Número do questionário: \_\_\_\_\_

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

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

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

**ESTE INSTRUMENTO NÃO DEVE SER APLICADO  
INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O  
INSTRUMENTO WHOQOL-BREF**

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

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
old_01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
old_02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição,	1	2	3	4	5

	visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?					
old_03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
old_04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
old_05	O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
old_06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
old_07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
old_08	O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
old_09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
old_10	Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a	1	2	3	4	5

	sua capacidade de interagir com outras pessoas?					
old_11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
old_12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
old_13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
old_14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

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

		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
old_15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
old_16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5

old_17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
old_18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
old_19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	1	2	3	4	5
old_20	Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?					


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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
old_21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
old_22	Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5
old_23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
old_24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

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

**OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró- Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO**

Nº 098

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**


**PROCESSO: 106/09 FR- 255975**

**TÍTULO: Qualidade de vida e envelhecimento ativo: um estudo com idosos residentes na comunidade .**

**AUTOR: Sílvia M. A. dos Santos e Rosimeri G. Farias.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 27 de abril de 2009.**

  
 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

## ANEXO D – Declaração de liberação de campo



ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PETROLÂNDIA



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO ATIVO: UM ESTUDO COM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Petrolândia, 07 de abril de 2009.

Maria T. H. dos Santos  
Sec. Mun. de Saúde e Ass. Social

ASSINATURA  
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

## ANEXO E – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores



ISSN 0104-1169 *versão impressa*  
ISSN 1518-8345 *versão on-line*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos man](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

### Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) - tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP.

#### Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

#### Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).



Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa. A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

### **Processo de julgamento**

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

### **Submissão**

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae))
- formulário individual de declarações (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae))
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

### **Publicação**

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

#### **Registro de ensaios clínicos**

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

### **Política de arquivamento dos manuscritos**

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

## **Erratas**

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

## **Categorias de artigos**

### *Artigos originais*

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

### *Revisão sistemática*

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

### *Revisão integrativa*

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e

seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

#### *Cartas ao Editor*

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

#### **Estrutura do manuscrito**

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A **Conclusão** deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

### **Autoria**

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

## **Preparo dos manuscritos**

### **PERIÓDICOS**

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;

- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;

- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o

manuscrito;

- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;

- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;

- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título

- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;

- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);

- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

### **Arquivo do artigo**

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

### **Documentação obrigatória**

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.
- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)).

### **Formatação obrigatória**

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡

- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
- *Citações ipsas litteres* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.



## Modelo de referências

### PERIÓDICOS

#### 1 - Artigo padrão

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

#### 2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

#### 3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

#### 4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-96. Russian.

#### 5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

#### 6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação

**familiar**

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.  
Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

**7- Artigo com indicação de subtítulo**

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

**8 - Artigo sem indicação de autoria**

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

**9 - Artigo em idioma diferente do português**

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

**10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas**

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

**11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

**12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento**

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive

spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56.  
 Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3-58.  
 de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

### **13 - Parte de um volume**

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

### **14 - Parte de um número**

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

### **15 - Artigo num fascículo sem volume**

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

### **16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume**

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

### **17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

### **18 - Artigo contendo retratação**

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16 (1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

**19 - Artigos com erratas publicadas**

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16 (1):163.

**20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)**

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

**21 - Artigo provido de DOI**

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42 (6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

**22 - Artigo no prelo**

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

**23 - Artigo em idioma diferente do inglês**

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

**LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS****24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

### **25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar**

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

### **26 - Livro editado por um autor/editor/organizador**

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

### **27 - Livro editado por uma organização**

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

### **28 - Livro sem autor/editor responsável**

HIV/AIDs resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

### **29 - Livro com edição**

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

### **30 - Livro publicado em múltiplos idiomas**

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

### **31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada**

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da

Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.  
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

### **32 - Livro de uma série com indicação de número**

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

### **33 - Livro publicado também em um periódico**

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

### **34 - Capítulo de livro**

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

## **PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS**

### **35 - Proceedings de conferência com título**

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

### **36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais**

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a

distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

### **37 - Abstract de trabalho de evento**

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

**TESES E DISSERTAÇÕES** - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

### **38 - Dissertação/tese no todo**

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

## **RELATÓRIOS**

### **39 - Relatórios de organizações**

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

## **PATENTE**

#### **40 - Patente**

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

#### **JORNAIS**

##### **41 - Matéria de jornal diário**

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).  
Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

#### **LEGISLAÇÃO**

##### **42 - Legislação**

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

##### **43 - Código legal**

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

#### **DOCUMENTOS ELETRÔNICOS**

##### **44 - Livro na íntegra na *internet***

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

##### **45 - Livro na *internet* com múltiplos autores**



Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Collins\\_squeezedrisinghlcarecosts\\_953.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlcarecosts_953.pdf)

#### **46 - Capítulo de livro na internet**

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: [http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record\\_id=9750&p\\_age=57](http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&p_age=57)  
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/bo/s/030910078X/html/35.html>

#### **47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco**

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

#### **48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência**

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

#### **49 - Monografia na internet**

Agency Facts. Facts 24. Agência Européia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

### **50 - Artigo de periódico na internet**

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy* [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

### **51 - Artigo da internet com número de DOI**

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso)

### **52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome**

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis* [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>

### **53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor**

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: [http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m\\_samj/m\\_samj\\_v96\\_n8\\_a12.pdf](http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf)

### **54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos**

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res*

[*Internet*]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: [http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art\\_id=1089210&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf)

### **55 - Artigo de periódico da *internet* com mesmo texto em dois ou mais idiomas**

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [*internet*]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16 (no. Spe):509-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issue\\_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso) Português, Inglês, Espanhol.

### **56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português**

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

### **57 - Proceedings de conferência na *internet***

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [*internet*]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

### **58 - Legislação na *internet***

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: [http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213\\_91.html](http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html)

### **59 - Documentos publicados na *internet***

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento -

Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: [http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR\\_2006\\_Suplemento\\_Brasil.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf)

### **60 - Verbete de dicionário na *internet***

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmedlm?bo=Medical&va=cloning>

### **61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)**

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe\\_randio.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSpe_randio.pdf)

### **62 - Homepage na *internet***

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

### **63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização**

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/> Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: [http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu\\_lta34002030.htm](http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consu_lta34002030.htm)

### **64 - Bases de dados na *íntegra* na *internet***

## ANEXO F – Instrução aos Autores – Revista Texto&Contexto Enfermagem

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores



ISSN 0104-0707 *versão impressa*  
ISSN 1980-265X *versão online*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Objetivo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

### Objetivo e política

**Texto & Contexto Enfermagem**, revista do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, destina-se à publicação da produção técnico-científica relacionada à área da saúde e, em especial da enfermagem. Propicia espaço de reflexão e aprofundamento do conhecimento acerca de questões da prática, do ensino e da pesquisa em saúde e enfermagem em nível nacional e internacional.

A Revista é publicada trimestralmente, aceita manuscritos em português, inglês ou espanhol, decorrentes de pesquisa, reflexão, relato de experiência, revisão de literatura, entrevista e resenha. As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita têm prioridade para publicação.

### Procedimentos de avaliação dos manuscritos

O artigo submetido é analisado por pares de consultores *ad hoc* credenciados. O processo de avaliação tem o seguinte fluxo: 1. A Coordenadora Editorial da Revista realiza uma primeira revisão dos manuscritos, visando adequar o tema, a área ou o título do trabalho à área dos consultores *ad hoc*; 2. São selecionados dois consultores (de diferentes regiões), para os quais são enviados a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e as normas de publicação. A identidade do autor e da instituição de origem é mantida sob sigilo, bem como entre o autor e o consultor; 3. Após a devolução dos manuscritos, pelos dois consultores, a equipe da Revista analisa os pareceres efetuados e, com base no "parecer conclusivo", prossegue com os demais encaminhamentos; 4. Caso os dois consultores tenham rejeitado o manuscrito, é redigida então, uma carta explicativa ao autor, dando ciência da decisão tomada; 5. No caso de um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro consultor rejeitá-lo, eleger-

se um terceiro, que avaliará se o manuscrito é ou não indicado para publicação; 6. Os manuscritos indicados para publicação pelos consultores, são analisados pelo Conselho Diretor, que seleciona os que comporão cada novo número; 7. Os pareceres de aceitação, de necessidade de reformulação ou de recusa são encaminhados aos autores. Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da Revista e, revisados pelos técnicos de inglês, espanhol e português.

## Forma e preparação de manuscritos

### INSTRUÇÕES PARA PUBLICAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos à revista devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication" (<http://www.icmje.org>). A tradução deste texto para o português: "Requisitos uniformes para originais submetidos às revistas biomédicas" do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE) atualizada em 2006, está disponível no site: [http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Os manuscritos enviados à submissão deverão seguir as normas editoriais da **Texto & Contexto Enfermagem**, caso contrário, serão automaticamente recusados. No envio, devem estar acompanhados de uma carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade (Modelo). Por ocasião do encaminhamento do envio da versão final do manuscrito, após aprovação para publicação, o(s) autor(es) deverão enviar a declaração de transferência de direitos autorais (Modelo). Os autores dos manuscritos recusados para publicação serão informados e o material enviado para a revista não será devolvido.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) serão aceitos desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento, quando as normas do evento assim o exigirem. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito tenha sido originalmente publicado.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva



Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor;

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos, deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, indicar o respeito à Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.196, de 10/10/96 e n.251 de 07/08/97. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na metodologia, o número de aprovação do projeto.

A **Texto & Contexto Enfermagem** apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o **conflito de interesse** é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como por exemplo, através de emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento/parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual. Outras informações disponíveis no site: [http://www.jped.com.br/port/normas/normas\\_07.asp](http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp) deverão ser consultadas.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar no manuscrito o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas por cada um dos autores em declarações individuais (Modelo).

Os manuscritos publicados serão de propriedade da Revista, vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

## CATEGORIAS DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, são publicados relatos de experiência, reflexão, revisão da literatura, entrevista e resenha.

**Artigo original:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados e discussão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento – "estado da arte". Os **métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção entre outros devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A **discussão**, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde e de enfermagem, a que se destina a Revista. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

**Revisão da literatura:** compreende avaliação da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões. Sua extensão limita-se a 10 páginas.

**Entrevista:** espaço destinado à entrevista de autoridades, especialistas ou pesquisadores de acordo com o interesse do Conselho Diretor. Sua extensão limita-se a 5 páginas.



**Resenha:** espaço destinado à síntese ou análise interpretativa de obras recentemente publicadas, limitando-se a 4 páginas. Deve apresentar referência conforme o estilo "Vancouver", da obra analisada.

## **PREPARO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis.

**Página de identificação:** a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a (os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

**Resumo e Descritores:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, espanhol (resumen) e inglês (abstract), com limite de 150 palavras. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-los consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto

tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As **tabelas** devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡. Os **quadros** devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As **figuras** devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. Não serão publicadas fotos coloridas, exceto em casos de absoluta necessidade e a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

**Citações no texto:** as **citações indiretas** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma seqüencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

As **citações diretas** (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: "[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* [...] (e7);

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

**Referências:** as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE). Exemplos:

### **Livro padrão**

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

### **Capítulo de livro**

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul: Yends; 2005. p.47-72.

### **Livro com organizador, editor ou compilador**

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM; 2002.

### **Livro com edição**

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

### **Trabalho apresentado em congresso**

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba: Rede Unida; 2006. Oficina 26.

### **Entidade coletiva**

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MS; 2005.

### **Documentos legais**

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

### **Tese/Dissertação**

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

### **Artigo de jornal**

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

### **Artigo de periódico com até 6 autores**

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 89-97.

### **Artigo de periódico com mais de 6 autores**

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16 (1): 71-9.

### **Material audiovisual**

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis: UFSC/GEHCE; 2006 jul 23.

## Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis: DCL; 2002.

## Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3a ed. Florianópolis: Ed. Positivo; 2004.

## Homepage/web site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília: MS; 2007 [atualizado 2007 May 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

## Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6\\_1/f1\\_coletiva.html](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html)

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

## **MODELO**

À Coordenação Editorial

### **Texto & Contexto Enfermagem**

#### **Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade**

Vimos por meio desta, **solicitar a publicação** do manuscrito encaminhado em anexo, sob o título, \_\_\_\_\_ de autoria de \_\_\_\_\_.

#### **Classificação:**

#### **Endereço para correspondência:**

#### **Declaração de responsabilidade**

- "Certifico que participei suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo".
- "Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para a publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico".
- "Assumo total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo".
- "Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o manuscrito está baseado, para exame dos editores".

Assinatura do(s) autor(es)

Local, data:

## **MODELO**

À Coordenação Editorial

**Revista Texto & Contexto - Enfermagem****Declaração de Transferência de Direitos Autorais**

Os autores abaixo-assinados declaram que os direitos autorais referentes ao artigo (**escrever título do artigo**) que será publicado, se tornarão propriedade exclusiva da **Texto & Contexto Enfermagem**. Do mesmo modo, assumem total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como sobre os aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Estamos cientes de que é vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que, a prévia e necessária autorização, seja solicitada e, se obtida, faremos constar o competente agradecimento à **Texto & Contexto Enfermagem** e os créditos correspondentes.

Autores:

Artigo:

Local e data

**MODELO**

À Coordenação Editorial

**Texto & Contexto Enfermagem****Declaração de conflitos de interesse**

Eu, (nome por extenso), autor do manuscrito intitulado (título), declaro que dentro dos últimos 5 anos e para o futuro próximo que possuo ( ) ou não possuo ( ) conflito de interesse de ordem:

( ) pessoal,

( ) comercial,

( ) acadêmico,

( ) político e

( ) financeiro no manuscrito.

Declaro também que todo apoio financeiro e material recebido para o desenvolvimento da pesquisa ou trabalho que resultou na elaboração do manuscrito estão claramente informados no texto do mesmo.

As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a um conflito de interesse estão completamente manifestadas abaixo ou em documento anexo:

---

---

Local, data:

Assinatura:

## Envio de manuscritos

### PROCEDIMENTO PARA A SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS

A taxa de publicação na **Texto & Contexto Enfermagem** é de R\$ 250,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$ 45,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 105,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 205,00 para não assinantes

O depósito deverá ser realizado no Banco do Brasil, agência 3582-3 e conta corrente 203142-6. O nome do favorecido é Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU). Enviar cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito e o de publicação após ter sido aprovado.



**Obs: não será devolvida a taxa de submissão para os manuscritos não aceitos para publicação.**

Os manuscritos devem ser endereçados para à **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o disquete ou o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

**Texto & Contexto Enfermagem**

Caixa Postal 5057

CEP: 88.040-970

Trindade – Florianópolis – SC- Brasil

**Verificação de itens**

**Itens exigidos para preparação dos manuscritos**

1. Carta de solicitação de publicação e declaração de responsabilidade assinada por todos os autores (Modelo).
2. Declaração de conflitos de interesse individual assinada por cada autor (Modelo).
3. Cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em manuscritos resultantes de pesquisa que envolve seres humanos.

**Itens exigidos para envio dos manuscritos**

1. Manuscrito digitado em letra Times New Roman 12, com espaço entre linhas 1,5 cm, configurado em papel A4, com margem esquerda/superior de 3cm e direita/inferior de 2cm, com numeração nas páginas. Utilização de Editor Word for Windows 2000 ou editores compatíveis.
2. Página de identificação.
3. Título (conciso e informativo), resumo (máximo de 150 palavras) e descritores (3 a 5 palavras) nos 3 idiomas.
4. Apresentação das seções do manuscrito de acordo com as normas.
5. Ilustrações (tabelas, quadros e figuras) conforme as normas da Revista e no máximo de 5 no conjunto. As figuras devem ser gravadas em separado, no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23X16 cm.
6. Citações diretas e indiretas, assim como os verbatins de acordo com as normas.
7. Manuscrito contendo no máximo 3 notas de roda-pé.
8. Referências redigidas de acordo com as normas.

Texto contexto-enferm. - Instruções aos autores

9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 *Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC*

**Campus Universitário - Trindade**  
**88040-970 Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**  
**Tel.: +55 48 3721-9043 / +55 48 3721-9787**



[tex.to@contexto@nfr.ufsc.br](mailto:tex.to@contexto@nfr.ufsc.br)

## ANEXO G – Instrução aos Autores – Revista Brasileira de Enfermagem

Rev Bras Enferm - Instruções aos autores



ISSN 0032-7167 versão  
impressa  
ISSN 1984-0446 versão  
on line

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Tipos de Artigos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Endereço para Submissão](#)

#### Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- Editorial,
- Pesquisa,
- Revisão,
- Ensaio,
- Reflexão,
- Relato de Experiência,
- Atualização,
- História da Enfermagem,
- Página do Estudante,
- Cartas ao Editor.

#### Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

**a) Página dos Metadados:** Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol; 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar seqüencialmente os três resumos nesta página de identificação.

**b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos:** as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

**c) Notas de Rodapé:** deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

**d) Citação de Referências Bibliográficas:** numerar as

referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,5,7).

#### d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. *Microfísica do poder*. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. *O uso do diagnóstico na prática da enfermagem*. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. *Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: *Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil*. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

##### *Artigo Padrão*

Rossato VMD, Kirchof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. *Rev Bras Enferm* 2004;57(3): 344-9.

##### *Com mais de seis autores*

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC,

Margareth QB, et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. *Acta Paul Enferm* 2004;17(3): 325-32.

*Instituição como autor*

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. *MMWR* 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

*Artigo de revista em formato eletrônico*

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

*Matéria publicada em site web*

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

## **Endereço para Submissão**

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

---

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.  
70830-030 - Brasília - DF - Brasil  
Tel.: + 55 61 3226-0653  
Fax: + 55 61 3226-4473



[reben@abennacional.org.br](mailto:reben@abennacional.org.br)