

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

FERNANDA REGINA VICENTE

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ENVELHECIMENTO
ATIVO**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

FERNANDA REGINA VICENTE

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ENVELHECIMENTO
ATIVO**

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

Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

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

**FLORIANÓPOLIS
2012**

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

V632v Vicente, Fernanda Regina

Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo [dissertação] / Fernanda Regina Vicente ; orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos. - Florianópolis, SC, 2012.

150 p.

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, Sílvia Maria Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

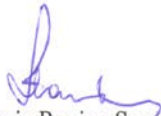
FERNANDA REGINA VICENTE

**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ENVELHECIMENTO
ATIVO**

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 24 de fevereiro de 2012, 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


BANCA EXAMINADORA:




Dra. Marisa Monticelli
Presidente



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro



Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Membro

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer especialmente a Deus, que diariamente iluminou meu caminho e guiou meus passos, dando-me força para atingir meus objetivos.

Leonir e Tania, queridos pais... Dedico este trabalho a vocês. O que sou e onde estou é reflexo de sua dedicação, esforço, educação e amor. Espero que isso seja motivo de orgulho para vocês. Obrigada por tudo! Amo vocês!

Junior, sei que, mesmo de longe, sem falar nada, você com certeza torceu por mim nesta caminhada. Espero que você tome este trabalho como exemplo e siga minha trajetória acadêmica.

Aninha, obrigada por tornar meus dias mais alegres. A mana te adora!

Bruno, agradeço principalmente por seu amor, compreensão e paciência. Obrigada por estar comigo nesta jornada.

Agradeço a toda minha família, em especial Vó Hilda e Tia Eliana, pelo carinho e pensamentos positivos. Obrigada por se alegrarem com a minha conquista.

Agradeço a minha orientadora, Professora Silvia, que me mostrou o caminho a seguir. Agradeço por sua dedicação, sabedoria, carinho e principalmente pela confiança.

Aos colegas e professores do GESPI pelos momentos de encontro que permitiram valiosas trocas de experiências.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelas oportunidades de aprendizado e crescimento profissional.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em prontamente aceitarem o convite para contribuir com este trabalho.

À Professora Silvia Nassar e a equipe do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA), pelas importantes contribuições estatísticas.

À Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde de Rodeio (SC), por terem possibilitado este crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a minha equipe de trabalho “ESF Valmor Vailatti” pelo apoio e compreensão nas minhas ausências.

Dreice, Elisete e Rita (auxiliares de pesquisa), obrigada por terem participando de maneira tão comprometida da coleta de dados e por terem dedicado parte de seu tempo entrevistando os idosos.

Agradeço aos idosos, por terem nos recebido tão bem, e terem aceitado participar desse estudo.

A todos os meus amigos que de alguma forma reconheceram meu esforço e dedicação na realização desta caminhada. Obrigada por estarem ao meu lado, mesmo estando longe.

Amanda, obrigada pelas tantas horas de digitação e tabulação de dados. Seu apoio foi fundamental.

Gisele, obrigada pela ótima companhia nas viagens a Floripa. Agradeço muito seu incentivo e apoio.

Família Marconcini, em especial Maíra e Lipe, obrigada por me acolherem tão bem e tornarem minhas idas a Florianópolis mais divertidas.

Agradeço carinhosamente a todas as pessoas tenham contribuído direta ou indiretamente no desenvolvimento deste trabalho.

A todos um sincero obrigado!

VICENTE, Fernanda Regina. **Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo**. 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade

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

RESUMO

Este estudo teve como objetivo geral realizar a validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, em idosos de 60 a 70 anos, residentes em um município de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e desenvolvimento metodológico. Para identificar a validade de conteúdo do instrumento, foram percorridas duas etapas: 1) avaliação do instrumento por um painel de experts da área da gerontologia, com o objetivo de refinar a redação dos itens e verificar sua pertinência conceitual referente ao envelhecimento ativo; 2) a aplicação do instrumento validado de acordo com as sugestões dos experts junto a 264 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 e 70 anos, residentes em Rodeio (SC). A coleta de dados aconteceu entre abril e agosto de 2011. O banco de dados foi organizado em planilha específica no programa Microsoft Excel e para análise foram utilizados os seguintes tratamentos estatísticos: Qui-quadrado e Análise de Correspondência Multivariada, através dos programas SestatNet e Statistica. No painel de experts houve pouca discordância entre os juízes na análise das questões e a maioria dos itens foi avaliada positivamente, necessitando de algumas alterações na estrutura e redação. Com a aplicação do instrumento junto aos idosos, foi possível identificar que os itens se mostraram compreensíveis às pessoas idosas, porém verificou-se que algumas questões ainda precisam ser reformuladas para clarificar melhor o seu objetivo. Os resultados mostraram que, embora nem todos os idosos tenham uma avaliação positiva em cada determinante do envelhecimento ativo, de maneira geral apresentaram-se independentes e satisfeitos com sua qualidade de vida. Conclui-se que o instrumento de avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo demonstrou validade de conteúdo na opinião de especialistas e

também nos resultados obtidos em sua aplicação, demonstrando possuir características teóricas que representam as dimensões propostas pela Política do Envelhecimento Ativo.

Palavras-chave: Enfermagem; Idoso; Envelhecimento; Qualidade de vida; Estudos de validação.

VICENTE, Fernanda Regina. **Content validation of an instrument to the multidimensional assessment from active aging**, 2012. 150 pages. Dissertation (Master's Degree on Nursing) – Nursing Postgraduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Advisor: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Research Line: Care, living process, being healthy and falling sick.

ABSTRACT

This study aimed to do the content validation of an instrument to the multidimensional assessment from active aging in the elderly from sixty (60) to seventy (70) years old and living in a County of Santa Catarina. It is a descriptive study of quantitative approach and methodology development. Two stages were covered in order to identify the instrument content validity: 1) instrument assessment by a panel of experts in the field of gerontology, in order to refine the items wording and determine their conceptual relevance in relation to active aging, 2) the validated instrument application according to the experts suggestions, along with 264 elderly of both sexes, between 60 and 70 years old living in Rodeio (SC). Data collection took place between April and August 2011. Database was organized in one specific worksheet in Microsoft Excel, and for analysis, it was used the following statistical methods: Qui-square and Multivariate Correspondence Analysis, through SestatNet and Statistica programs. There was very little disagreement, in the panel of experts, among the judges in relation to the issues analysis and most of the items were positively evaluated, requiring some changes on structure and composition. By using instrument application with the elderly, it was possible to identify the items were understood by the elderly. But, it was found some issues still need to be reworded, in order to clarify its purpose. Results showed although not all seniors had a positive evaluation on each determinant of active aging, in general, they felt independent and satisfied with their life quality. It is concluded the multidimensional assessment tool from determinants on active aging has demonstrated content validity according to the experts' opinion, and also, in the achieved results of its application, demonstrating to have

theoretical characteristics that represent the proposed dimensions by the Active Ageing Policy.

Key words: Nursing; Elderly; Aging; Quality of Life; Validation Studies.

VICENTE, Fernanda Regina. **Validación de contenido de un instrumento para la evaluación multidimensional del envejecimiento activo.** 2012. 150 pags. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Dra Silvia Maria Azevedo dos Santos

Línea de investigación: El cuidado, el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo general de realizar la validación de contenido de un instrumento para la evaluación multidimensional del envejecimiento activo, en ancianos de sesenta (60) a setenta (70) años, residentes en un municipio de Santa Catarina. Se trata de un estudio descriptivo, de abordaje cuantitativo y desarrollo metodológico. Para identificar la validez del contenido del instrumento, se siguieron dos etapas: 1) evaluación del instrumento por un panel de peritos en el área de la gerontología, con el objetivo de refinar la redacción de los ítems y verificar su pertinencia conceptual referente al envejecimiento activo; 2) la aplicación del instrumento validado de acuerdo con las sugerencias de los peritos junto a 264 ancianos de ambos sexos, entre 60 y 70 años de edad y residentes en Rodeio (SC). La obtención de los datos se realizó entre Abril y Agosto del 2011. El banco de datos fue organizado en una planilla específica en el programa Microsoft Excel, y para el análisis fueron utilizados los siguientes tratamientos estadísticos: Qui-cuadrado y Análisis de Correspondencia Multivariada, a través de los programas Sestat Net y Statistica. En el panel de peritos hubo poca discrepancia entre los jueces sobre el análisis de los asuntos, y la mayoría de los ítems fue evaluada positivamente, siendo necesario hacer algunas alteraciones de estructura y redacción. Con la aplicación del instrumento, junto a los ancianos, fue posible identificar que los ítems fueron comprendidos por los mismos. Pero, se verificó que algunos asuntos todavía deben ser reformulados para poder clarificar mejor su objetivo. Los resultados mostraron que, aunque no todos los ancianos tengan una evaluación positiva en cada determinante del envejecimiento activo, de forma general, se mostraron independientes y satisfechos con su calidad de vida. Se concluye que el instrumento de evaluación multidimensional de los determinantes del envejecimiento

activo demostró validez de contenido en la opinión de los especialistas y, también, en los resultados obtenidos en su aplicación, demostrando tener características teóricas que representan las dimensiones propuestas por la Política del Envejecimiento Activo.

Descriptor: Enfermería; Anciano; Envejecimiento; Calidad de Vida; Estudios de Validación.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator no instrumento.	38
---	-----------

ARTIGO 1

Quadro 1: Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator no instrumento.	61
---	-----------

Quadro 2: Síntese das alterações realizadas no instrumento após a avaliação do painel de experts.....	67
--	-----------

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Variáveis analisadas no estudo que apresentaram associação de acordo com o Teste qui-quadrado **68**

ARTIGO 2

Tabela 1 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e variáveis sócio demográficas, 2011. **79**

Tabela 2 - Sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e renda mensal, 2011. **80**

Tabela 3 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e escolaridade, 2011. **80**

Tabela 4 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e redes de apoio social, 2011 (n = 264). **81**

Tabela 5 - Sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e situações de violência e maus tratos sofridas, 2011. **82**

Tabela 6 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e problemas de saúde apresentados, 2011 (n = 264). .. **83**

Tabela 7 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e atividades realizadas, 2011. **83**

Tabela 8 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e tipo de medicamentos utilizados diariamente, 2011 (n = 264). **84**

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	15
LISTA DE TABELAS	17
1 INTRODUÇÃO	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
2.1 POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO ATIVO	29
2.1.1 Serviços sociais e de saúde.....	31
2.1.2 Determinantes comportamentais	32
2.1.3 Determinantes pessoais.....	32
2.1.4 Ambiente físico	33
2.1.5 Determinantes sociais.....	34
2.1.6 Determinantes econômicos	35
3 MÉTODO	37
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	37
3.2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA	38
3.3 ETAPAS DO ESTUDO	39
3.3.1 Painel de experts.....	39
3.3.2 Variáveis do estudo	40
3.3.3 Aplicação do instrumento validado junto aos idosos	47
4 QUESTÕES ÉTICAS	53
5 RESULTADOS.....	55
5.1 ARTIGO 1 - ENVELHECIMENTO ATIVO: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	55
5.2 ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICES	103
ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O Brasil vem apresentando um aumento significativo de idosos, os quais no ano 2000 representavam 8,6% do total da população e em 2010 já eram 10,7%. As projeções estatísticas apontam que em 2025 o Brasil deverá ter 15% de sua população constituída por idosos, o que colocará o país em sexto lugar no *ranking* mundial (IBGE, 2000; 2012).

Tendo em vista esse aumento iminente, é preciso refletir sobre o que está sendo realizado na área da saúde para contemplar adequadamente as necessidades dessa população idosa e de sua família. Para que as pessoas tenham qualidade de vida ao envelhecer é preciso que haja cada vez mais investimentos e oferta de serviços que atendam às demandas desse segmento da população. De maneira geral, as pessoas idosas desejam e podem manter-se ativas e independentes se estiverem em um contexto seguro e amigável.

No entanto, não se pode negar que ser idoso significa conviver com riscos em potencial derivados do próprio processo de envelhecimento que, algumas vezes, deixa-os mais susceptíveis a incapacidades, decorrentes de condições físicas, sociais, ou afetivas (VERAS; CALDAS, 2004). Esse é um processo dinâmico e particular para cada indivíduo, e mesmo entre os idosos, os mais jovens tendem a apresentar condições diferentes dos longevos (SCHIER, 2010).

Para Paschoal (2011, p.99) “o desafio que se propõe aos indivíduos e às sociedades é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade”. O envelhecimento da população pode representar uma oportunidade de recursos para a sociedade, caso as pessoas idosas possam conservar sua saúde e viver em um ambiente que promova a sua participação. O idoso precisa ser estimulado a exercer sua cidadania e a participar como sujeito ativo em sua comunidade.

As equipes de saúde devem estar preparadas para identificar precocemente os problemas que acometem e fragilizam os idosos e, para isso, os profissionais precisam utilizar instrumentos próprios. É preciso que a avaliação do idoso não seja limitada à avaliação médica tradicional, mas que sejam incluídos neste atendimento instrumentos que possam avaliar outras dimensões que são fundamentais para a saúde do idoso (CARDOSO, 2008).

Para atender às políticas e aos pactos de saúde é necessário desenvolver modelos de atenção à saúde do idoso que superem estas práticas tradicionais de atendimentos voltados apenas para doença (VERAS; CALDAS, 2004). O atendimento ao idoso precisa considerar também as variáveis subjetivas, que incluem a sua percepção frente à própria qualidade de vida. Precisamos de instrumentos multidimensionais que considerem as especificidades da pessoa idosa, que por seus valores e experiências de vida diferem dos mais jovens. É necessário considerar fatores relacionados à idade, saúde, aposentadoria, viuvez, dependência, perda de autonomia, os quais trazem complexidade na mensuração da qualidade de vida dos idosos (PASQUAL, 2011) e no seu envelhecimento ativo.

No Brasil, desde a reforma da Constituição, em 1988, passou-se a dar um relativo destaque às necessidades de atenção aos idosos. No entanto, pode-se dizer que a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que define a Política Nacional do Idoso (PNI), foi um marco no olhar da sociedade sobre as questões relacionadas ao envelhecimento. Os princípios norteadores da PNI referem a família, a sociedade e o Estado como mantenedores de todos os direitos de cidadania desse extrato populacional, garantindo a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 1994). A PNI é regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, o qual define as competências dos órgãos e entidades públicas na implementação desta política. Nesta lei foi definido o limite de sessenta anos e mais para uma pessoa ser considerada idosa (BRASIL, 1996).

Como desdobramento dessa macropolítica, foi regulamentada, através da Portaria nº 1.395/1999/MS, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – n.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional.

A PNSI tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação para aqueles que têm sua capacidade funcional reduzida, garantindo-lhes a permanência no meio em que vivem, podendo exercer suas funções com autonomia e independência.

Para isto foram definidas sete diretrizes que devem nortear todas as ações de saúde e indicar as responsabilidades institucionais para o alcance deste propósito: a) promoção do envelhecimento saudável; b)

manutenção da capacidade funcional; c) assistência às necessidades de saúde do idoso; d) reabilitação da capacidade funcional comprometida; e) capacitação de recursos humanos especializados; f) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e g) apoio a estudos e pesquisas na área da gerontologia (BRASIL, 1999).

A fim de regular os direitos assegurados aos idosos, no ano de 2003, após muitos trâmites, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona, através da Lei nº 10.741/2003, o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos.

O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. Ele dá destaque aos direitos dos idosos em uma perspectiva muito ampla dos direitos sociais, e, no Capítulo IV, destaca alguns aspectos relativos à atenção à saúde dos idosos, reforçando as diretrizes contidas na PNSI. Esse capítulo trata especificamente sobre o papel do SUS, em que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003). A Constituição Federal de 1988 já previa atenção integral a todos os indivíduos, e apontava princípios e direitos assegurados aos idosos. Mas, com a criação do Estatuto, regras mais específicas foram implantadas, principalmente com relação à violência e aos maus-tratos a idosos, ampliando seus direitos como cidadãos.

Não obstante o desenvolvimento da transição demográfica e epidemiológica, bem como suas consequências e a emergência de atenção ao idoso nos serviços de saúde o Ministério da Saúde publica a Política Nacional de saúde do Idoso, Portaria nº 1.395 de 09/12/1999, que é reformulada em 2006, passando a considerar a Portaria nº 2.528, que reafirma a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e compõe uma Agenda de Compromissos pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Neste sentido a Portaria nº 2.528 define as seguintes diretrizes para atenção a pessoa idosa (BRASIL, 2006c, p.9):

- 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. Provimento 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.

A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Esta política tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006a).

A Atenção Primária em Saúde é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Na Atenção Primária, espera-se oferecer à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar (BRASIL, 2006b). Visto que a proporção de idosos aumenta em todos os países, viver em casa até uma idade mais avançada e com a ajuda de familiares é cada vez mais comum (OPAS, 2005).

As equipes de saúde da família têm suas ações embasadas nos Pactos, portanto essas diretrizes para atenção a pessoa idosa estão

servindo como norte para uma melhor prática em saúde, através do planejamento e organização de atividades voltadas especificamente ao idoso. É essencial que as equipes se organizem, por exemplo, para atuar nos domicílios, ampliando assim o acesso do idoso aos serviços de saúde.

Para atuar na Atenção Primária em Saúde é imprescindível ter conhecimentos acerca das políticas de saúde do idoso e de gerontologia, visto que a falta de informações nesta área pode acarretar em iatrogenias por parte dos profissionais. Além disso, muitos gestores não conseguiram ainda implementar eficazmente as diretrizes propostas pelas políticas, deixando de cumprir seu papel social perante a esta população (FARIAS, 2010). O envelhecimento é uma questão que, mesmo fazendo parte da Saúde Coletiva desde os seus primórdios, não está recebendo a devida atenção dos formuladores e gestores de políticas públicas (VERAS; CALDAS, 2004).

As políticas apontam para mudança de prioridade de atenção à saúde, privilegiando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com enfoque no envelhecimento ativo e buscando capacitar os profissionais no campo da geriatria e da gerontologia (SCHIER, 2010). É preciso que se apóie a independência do idoso através de suporte familiar, inclusão social na comunidade, mudanças no ambiente físico, oferta de serviços de reabilitação e apoio para a família.

Nesse sentido, na II Assembléia Mundial do Envelhecimento Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Madri, em abril de 2002, os experts buscaram propor uma diretriz que focasse o Envelhecimento Ativo como prioridade para o Século XXI (OPAS, 2005). Essa Política do Envelhecimento Ativo deveria servir de guia para todos os países no desenvolvimento de suas ações voltadas para a população idosa, uma vez que visa mirar o envelhecimento a partir de todas as fases da existência humana, objetivando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Essa Política envolve aspectos multidimensionais que não avaliam apenas a saúde, mas todo o contexto de vida das pessoas de forma integral, tais como: o ambiente físico onde vivem; os serviços sociais e de saúde; os determinantes comportamentais e pessoais; além dos determinantes sociais e econômicos.

As políticas (nacionais, estaduais e municipais) começam a embasar-se, cada vez mais, nesse conceito de “envelhecimento ativo”, o qual considera o idoso um recurso dentro de sua comunidade. A responsabilidade de envelhecer com qualidade de vida cabe ao próprio idoso, a sua família, à sociedade e ao Estado, que deve criar condições

de prevenção e melhoria na qualidade de vida da pessoa idosa família, à sociedade e ao Estado, propiciando serviços públicos adequados à garantia dos direitos desses idosos (KEINERT, 2009).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005) a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades, incentivando a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso à alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, como a redução do consumo de fumo e álcool. Essas questões são a base para o envelhecimento saudável, que significa, acima de tudo, um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Diante do exposto e pela minha inserção na área da enfermagem gerontogerátrica desde o curso de graduação, quando fui bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC, é que busco agora, no mestrado, aprofundar meus estudos nessa temática. Além disso, no meu campo de atuação profissional, como enfermeira da Atenção Primária em Saúde de um município de Santa Catarina, percebo a necessidade de se conhecer as demandas dos idosos e investir na busca de um Envelhecimento Ativo para toda população assistida. Nesse contexto, das inquietações do cotidiano é que surgiu meu interesse em desenvolver esta pesquisa na área do envelhecimento ativo.

Após conhecer a pesquisa desenvolvida em 2010, por Rosimeri Geremias Farias, em sua dissertação de mestrado, a qual objetivou avaliar as variáveis qualidade de vida e envelhecimento ativo entre idosos mais idosos¹, senti a necessidade de validar o instrumento de avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo elaborado por ela, principalmente pelo fato de conviver com essa situação em meu cotidiano, enquanto enfermeira assistencial (FARIAS, 2010). O presente trabalho é, portanto, um estudo sequencial dos projetos realizados pelo grupo de pesquisa no qual estou inserida, o GESPI.

Farias (2010) aponta que em suas pesquisas, realizadas nas principais bases de dados científicas, não encontrou instrumentos padronizados que utilizassem a Política de Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005), para avaliar os determinantes do envelhecimento ativo.

A autora sentiu, portanto, a necessidade de elaborar este instrumento de pesquisa, o qual chamou de check-list, para favorecer a coleta de dados de sua pesquisa, cujos sujeitos eram idosos com mais de

¹ A expressão idosos mais idosos refere-se a idosos com idade superior a 80 anos.

80 anos, residentes em um município do interior catarinense. Foi uma iniciativa com a intenção de averiguar como os determinantes do envelhecimento ativo se expressam no cotidiano da vida de idosos mais idosos. Este instrumento é composto de trinta e cinco questões relacionadas aos determinantes do envelhecimento ativo e aos fatores a ele atribuídos.

A pesquisadora considerou um desafio construir este instrumento, visto que não havia na literatura uma escala que avaliasse os determinantes de envelhecimento ativo. Ela concluiu, ao fim do estudo, que o instrumento precisaria ser aprimorado e validado para ser utilizado em outras pesquisas, ampliando assim as discussões sobre esta política e contribuindo para melhorar a qualidade e a eficácia dos atendimentos às necessidades da população idosa.

Buscando dar continuidade ao estudo de Farias (2010) iniciei ampliando a revisão da literatura feita por ela na tentativa de encontrar novas pesquisas. Fiz um levantamento bibliográfico em três bases de dados (LILACS, MEDLINE e SciELO), utilizando como descritores os termos: envelhecimento, qualidade de vida e, instrumento (ou) avaliação. Nesta pesquisa encontrei artigos que utilizaram instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, porém, nenhum indicou os determinantes do envelhecimento ativo referentes à Política.

Considerando a ausência de instrumentos que avaliem o Envelhecimento Ativo e os achados de Farias (2010) elaborei as seguintes questões de pesquisa: **Qual a validade de conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo? Quais determinantes evidenciam o envelhecimento ativo dos idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio/SC?**

Para responder as perguntas de pesquisa, este estudo teve como objetivos: Validar o conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. E avaliar os determinantes que evidenciam o envelhecimento ativo, em idosos de 60 a 70 anos, residentes no município de Rodeio/ Santa Catarina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O marco ou referencial teórico consiste em uma abordagem que dê sustentação à formulação do problema de pesquisa e à análise, à discussão e à interpretação dos dados. Portanto, precisa estar em consonância com o tema da pesquisa, pois, será o suporte do pesquisador em todas essas etapas (TRENTINI; PAIM, 2004). Como referencial teórico deste estudo, utilizo a Política do Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005).

2.1 POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO ATIVO

A Política do Envelhecimento Ativo foi lançada como contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha. Essa política tem como propósito servir de guia para todas as nações desenvolverem suas ações, voltadas à população idosa, ao longo do século XXI.

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 envelhecem. O envelhecimento ativo é voltado a todas as pessoas, tanto individualmente como em grupo. Está relacionado ao bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, e à participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades (OPAS, 2005). Depreende-se que, assim, as pessoas consigam chegar à velhice ativas e possam manter-se nessas condições ao longo do seu processo de envelhecimento, independentemente de sua saúde física.

O que se espera é que as pessoas envelheçam com qualidade de vida e, sempre que possível, que continuem contribuindo com a sociedade por meio de sua experiência, agindo como cidadãos atuantes. O maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2006a).

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de

uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo. E qualidade de vida conforme a Organização Mundial de Saúde é a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1994).

Os idosos, após se aposentarem, podem continuar a contribuir com a sociedade e com seus familiares, até mesmo atuando como voluntários dentro da comunidade. Em uma grande gama de países, os idosos qualificados e experientes atuam como voluntários em escolas, comunidades, instituições religiosas, organizações políticas e de saúde. O trabalho voluntário beneficia os idosos ao ampliar sua rede de contatos sociais e o bem-estar psicológico, oferecendo, ao mesmo tempo, uma relevante contribuição para as comunidades (OPAS, 2005). Para que essa inserção social seja possível, é necessário que os idosos tenham condições físicas e cognitivas para desempenhar seu papel e que a sociedade permita, valorize e estimule o seu engajamento.

Outra forma de inclusão social para os idosos é a realização de grupos terapêuticos nas unidades de saúde. Conforme o estudo de Assis (2004), estas ações educativas de caráter coletivo são organizadas tanto em pequenos grupos quanto em eventos de maior porte, e acontecem de forma similar nas experiências nacionais e internacionais. Com a experiência de vida acumulada, os idosos, de maneira geral, têm muito a oferecer aos demais membros dos grupos, além de disporem do tempo necessário para organizá-los e os manterem em funcionamento.

As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (OPAS, 2005). Uma característica distintiva deste movimento é o compromisso de agir, de colocar em prática, com base na ideia de que os determinantes sociais relacionados à saúde são produtos da ação das pessoas e sua transformação esta sujeita a esta ação, a qual deve ser organizada através de políticas públicas intersetoriais e implementada com o apoio e a participação de amplos segmentos da sociedade (PELLEGRINI FILHO, 2011).

Uma série de fatores implica no processo do envelhecimento, os quais estão interligados e se aplicam à saúde de pessoas de todas as idades. A OMS definiu como os principais determinantes do envelhecimento ativo os seguintes aspectos: serviços sociais e de saúde; determinantes comportamentais; determinantes pessoais; ambiente físico; determinantes sociais e determinantes econômicos. Estes fatores determinantes têm em comum a convergência na cultura e no gênero, que são considerados determinantes transversais do envelhecimento

ativo. A cultura abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo. E através do gênero se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres (OPAS, 2005).

2.1.1 Serviços sociais e de saúde

As políticas públicas para combater a desigualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais devem ser apoiadas por três pilares: evidências científicas que identifiquem as causas básicas de desigualdades na saúde e, portanto, possam indicar onde e como intervir para reduzir essas desigualdades; coordenação intersetorial de esforços conjuntos relacionados aos determinantes sociais de saúde, bem como diferentes níveis de governo e poderes do Estado (Executivo, Legislativo e Judiciário); e uma ampla participação social para garantir políticas que apoiem a redistribuição de poder e recursos (PELLEGRINI FILHO, 2011).

A desigualdade social tem forte influência sobre o comportamento e a saúde das pessoas, podendo ampliar as disparidades sociais em relação às doenças e as taxas de mortalidade. Muitas doenças crônicas têm uma maior prevalência entre segmentos socialmente mais vulneráveis. A implementação de políticas que estimulem o comportamento saudável é fundamental para a promoção da equidade em saúde (BARROS, 2011).

Os sistemas de saúde e serviço social precisam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo aos cuidados de qualidade para, então, promover o envelhecimento ativo.

Estes serviços precisam atuar de forma integrada e serem eficazes em termos de custos. Além das estratégias de prevenção de doenças, tais como: campanhas de imunização, detecção precoce de doenças crônicas, o acesso a avaliações e exames periódicos, educação em saúde, prevenção de lesões, dentre outras, também são importantes, pois se sabe que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas.

Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles idosos com 90 anos,

ou mais (BRASIL, 2006b). Razão pela qual é também importante fortalecer os serviços de reabilitação que auxiliam na manutenção da capacidade funcional e cognitiva além de prevenirem agravos, contribuindo para um envelhecimento ativo mais prolongado.

No entanto, não se pode esquecer dos serviços curativos destinados aos idosos, pois as pessoas têm um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme envelhecem. A demanda por medicamentos para doenças crônicas e o alívio de dor também aumenta nesta idade, sendo necessário um planejamento para garantir o acesso às medicações de forma segura, orientando a adequada utilização (OPAS, 2005).

2.1.2 Determinantes comportamentais

Sabe-se que as pessoas envelhecem da mesma forma como viveram, porém nada as impede de mudar hábitos de vida ou comportamentos: tudo irá depender da motivação para tal e do suporte e acesso que encontram, principalmente, nos serviços de saúde. Para muitos, o processo de envelhecimento e, especialmente, a saída do mundo do trabalho oportuniza a descoberta de novos interesses e habilidades. Tudo isso ocorre de forma mais frequente quando o idoso possui uma rede de apoio familiar e/ou comunitário que estimule a adoção de novos hábitos de vida, ou mesmo a modificação de alguns fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo. Os idosos costumam escolher suas metas, e as formas de interação com essa rede de apoio para poder otimizar os recursos de que dispõem (NERI, 2006).

O envolvimento em atividades físicas adequadas, a alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool e também o uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, além de aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo (OPAS, 2005). A adoção de estilos de vida saudáveis e a realização do autocuidado são importantes em todas as fases da vida, e não é considerado tarde adotá-los nos últimos anos de vida.

2.1.3 Determinantes pessoais

O envelhecimento deriva de um conjunto de processos, tais como, estilo de vida, fatores ambientais, alimentação, segurança,

educação, entre outros, dentre os quais não se podem desconsiderar as características pessoais e a predisposição genética de cada um para o desenvolvimento de determinadas doenças. A influência da genética no desenvolvimento de doenças crônicas varia bastante de indivíduo para indivíduo. Para muitos, comportamentos como praticar atividade física, não fumar, maior capacidade de enfrentar problemas e uma rede de apoio podem modificar a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento de doenças. A genética pode estar envolvida na etiologia de doenças, porém a causa de grande parte delas é mais ambiental e externa do que hereditária (OPAS, 2005).

Com o envelhecimento, surgem alterações na composição corporal, na estrutura da pele, na musculatura, na rotina do sono, no uso da memória, além de ocorrer maior necessidade de controle de marcha e equilíbrio para evitar a instabilidade postural (PERRACINI, 2011).

Os fatores psicológicos que envolvem inteligência e capacidade cognitiva são também indicadores de envelhecimento ativo e longevidade. É importante a adaptação às mudanças advindas da velhice, fazendo ajustes e mantendo a capacidade de resolução dos problemas (OPAS, 2005). É comum o declínio de algumas capacidades cognitivas ao envelhecer, o que pode ser compensado se o idoso se mantiver participativo na comunidade em que vive, criando laços e redes de apoio e suporte social. Assim, depreende-se que os determinantes pessoais envolvem, além de aspectos biológicos, também competências individuais de interação interpessoal e social, tão importantes para um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida.

2.1.4 Ambiente físico

O ambiente pode ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que fazem parte da vida diária do idoso. Pode ser um ambiente de trabalho, residencial, de lazer e de convívio social, lugares em que haja interação entre os espaços, as pessoas e as atividades realizadas (PERRACINI, 2011).

Faz-se necessário algumas adaptações nos ambientes físicos de convivência dos idosos, o que pode representar a diferença entre independência e dependência, interação social positiva e isolamento. Estudos apontam que a maior parte dos traumas sofridos pelos idosos

acontece devido a quedas, portanto medidas de prevenção e segurança devem ser tomadas, principalmente nas situações ligadas a fatores ambientais. A tecnologia assistiva possibilita a promoção da independência funcional, facilitando a realização das atividades cotidianas pelos idosos (BLAZIN; RODRIGUES, 2009; MENEZES, 2008). A dependência é o maior temor nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la é uma função da equipe de saúde na Atenção Primária. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2006a).

Segundo Perracini (2011) é necessário considerar as características individuais ao planejar ambientes, e, também, realizar avaliações multidimensionais sobre a qualidade de vida, levando em conta os aspectos que determinam as expectativas de desempenho e interação do idoso com o ambiente. Sabe-se que os idosos querem viver em ambientes seguros, nos quais possam exercer sua autonomia, e, para isso, é preciso um ambiente acolhedor e que lhe transmita segurança, prevenindo assim eventos inesperados e acidentes.

A água limpa, o ar puro e o acesso à alimentação segura são considerados fatores ambientais de grande influência, sendo fundamentais para toda a população, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis, como os idosos (OPAS, 2005). Tais aspectos não dependem tão somente das escolhas individuais dos idosos, como estão diretamente relacionados com as condições de vida oportunizadas pelos governantes e os cuidados com o meio ambiente que toda sociedade deve dispensar. No entanto, a ausência ou a deficiência de algum desses fatores implica em piores condições de vida, reduzindo as possibilidades de uma longevidade ampla, segura e saudável; logo, impossibilita um envelhecimento ativo.

2.1.5 Determinantes sociais

Quanto ao determinante de ambiente social, é preciso fornecer apoio, oportunidades de educação e aprendizagem, paz, proteção contra a violência e os maus-tratos, fatores esses que estimulam a saúde, a participação e a segurança à medida que as pessoas envelhecem (OPAS, 2005). No trabalho das equipes de Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo e a participação nas redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

Os maus-tratos contra idosos incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência. Combater e reduzir esses maus-tratos demanda uma abordagem multisetorial e multidisciplinar (OPAS, 2005). Este fenômeno se expressa também em agressões perpetradas pela própria família, no abandono do idoso, na perda dos direitos, no preconceito e na exclusão social. É preciso refletir sobre essas formas mais veladas, mas não menos cruéis de violência, pois os indivíduos mais velhos dificilmente relatam suas adversidades, e os profissionais que os assistem nem sempre conseguem identificar situações de agressões (PAIXÃO JR; ROCHA, 2011).

O apoio social inadequado está associado não apenas ao aumento da mortalidade, da morbidade e de problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e no bem-estar em geral, o que pode gerar o isolamento social, causando um declínio na saúde física e mental (OPAS, 2005). Além de ser a causa mais frequente de institucionalização dos idosos, o que, embora nem sempre represente uma opção ruim, traz importantes comprometimentos à saúde física e emocional do idoso.

2.1.6 Determinantes econômicos

O ambiente econômico tem papel relevante sobre o envelhecimento ativo e destacam-se os fatores que o compõem: renda, proteção social e trabalho. As pesquisas realizadas junto ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) vêm mostrando que é crescente o número de idosos chefes de família, e são eles que têm mantido, através de seus rendimentos (aposentadoria e pensões), a família fora dos índices mais baixos de pobreza (CAMARANO, 1999, 2001).

Tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, os idosos, muitas vezes, responsabilizam-se pela administração do lar, pelo cuidado com as crianças, pela limpeza e organização do domicílio, de forma que os adultos jovens possam trabalhar fora de casa. Em termos de proteção social, nos países em desenvolvimento os idosos contam principalmente com a assistência familiar e economias pessoais, poucos são os programas de serviço social. Entretanto, nos países desenvolvidos as medidas de seguridade social podem incluir pensão para a velhice, aposentadorias, incentivos para poupança, seguros, entre outros (OPAS, 2005).

É possível à enfermagem e à equipe de saúde da família trabalhar

todos estes fatores na Atenção Primária em Saúde, atuando junto a pessoas de todas as idades, buscando promover um envelhecimento ativo.

Em síntese, pode-se dizer que o envelhecimento ativo não apenas envolve aspectos multifatoriais, como também assegurá-lo depende da atuação de todos os setores da sociedade, da família e do próprio indivíduo ao longo do seu processo de viver e envelhecer. No entanto, isso não invalida a necessidade de os profissionais de saúde envidarem todos os conhecimentos e esforços a seu alcance para propiciar aos usuários por eles assistidos as informações e os cuidados necessários para um envelhecimento ativo e saudável, tanto quanto possível.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo de validação de conteúdo de um instrumento para mensurar os determinantes do envelhecimento ativo entre idosos com vistas a poder utilizá-lo para esse extrato da população.

De acordo com Turato (2003), uma medida utilizada em pesquisa deve trazer a confiança, ou a certeza, de que o resultado encontrado irá se repetir quando o instrumento for replicado em outro momento, ou em outro local, ou por outras pessoas, para o mesmo objeto de estudo. A validade é a propriedade de um instrumento de mensurar o objeto proposto pelo estudo de tal forma que conduza o pesquisador a uma medida da realidade tal como ela é.

Existem parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se constituir um instrumento legítimo e válido, parâmetros que se referem à análise dos itens e à validade e confiabilidade do instrumento. A análise teórica é feita por juízes e visa estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência destes ao atributo que pretendem medir (PASQUALI, 2001).

Para Pasquali (2001) um teste ou instrumento apresenta validade de conteúdo se constituir uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, devendo-se detalhar o conteúdo e explicitar a importância relativa de cada tópico do teste, o que é definido pelo avaliador ou equipe de avaliadores. Da mesma forma, Polit e Beck (2011) referem que validade de conteúdo indica em que medida que o instrumento possui uma amostragem apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio.

A validade do conteúdo de um instrumento é embasada em um julgamento. Como não existem métodos objetivos para garantir cobertura adequada do conteúdo de um instrumento, é frequente a realização de um painel de experts, um grupo de especialistas independentes para avaliar a validade de conteúdo de novos instrumentos (POLIT; BECK, 2011).

Como um dos objetivos desse estudo foi fazer a validação de conteúdo de um instrumento de avaliação multidimensional do envelhecimento ativo passo a seguir a apresentar como ocorreu a construção do mesmo.

3.2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Na literatura vigente, Farias (2010) não identificou instrumentos validados que tratassem de envelhecimento ativo, havendo a necessidade de elaborar um roteiro de entrevista (*check-list*) que favorecesse a coleta de dados de sua pesquisa. Esse roteiro proposto era composto de 35 itens relacionados aos determinantes do envelhecimento ativo e aos fatores a ele atribuídos. Estes itens estão divididos em sete domínios, extraídos da Política do Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005): I) determinantes transversais; II) determinantes econômicos; III) determinantes sociais; IV) ambiente físico; V) determinantes pessoais; VI) determinantes comportamentais; e VII) serviços sociais e de saúde.

O quadro 1, abaixo, apresenta a especificação de cada domínio e suas respectivas questões conforme construção original do instrumento de Farias (2010).

Determinantes do envelhecimento ativo	Fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo	Itens de cada fator
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

Quadro 1: Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator no instrumento.

3.3 ETAPAS DO ESTUDO

Este estudo constou de duas etapas: 1) Para identificar a validade de conteúdo, o instrumento de Farias (2010) foi avaliado por um painel de experts da área da gerontologia; 2) Após a validação de conteúdo o instrumento foi aplicado junto a um segmento da população idosa.

3.3.1 Painel de experts

Para a composição do painel de experts, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: a) ter longa atuação na área da Gerontologia²; b) possuir conhecimentos acerca da temática Envelhecimento Ativo; c) ter formação básica em diferentes áreas de conhecimento.

Foram convidados por conveniência cinco (05) profissionais, um de cada uma das seguintes áreas: psicologia, enfermagem, fisioterapia, medicina e educação física. Profissões compostas por profissionais muito produtivos acadêmica e cientificamente, além de serem reconhecidos como experts pelo meio acadêmico e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Todos os profissionais contatados aceitaram participar do estudo, no entanto, um (01) deles não deu retorno à pesquisa, deixando de enviar suas respostas.

O instrumento, elaborado por Farias (2010), (Anexo 1), foi enviado aos cinco peritos para análise de conteúdo de seus itens, com relação a: forma de apresentação do instrumento; facilidade de leitura; compreensão e clareza dos itens; e pertinência conceitual (abrangência do conteúdo) referente ao envelhecimento ativo.

Os peritos foram convidados a participar mediante contato realizado pela orientadora, via email, através de uma carta de apresentação (Apêndice A) em que foram expostos: o título, os objetivos do estudo e a forma de avaliação do instrumento, solicitando a colaboração dos mesmos. Foi enviado, junto à carta, o instrumento de pesquisa e o arquivo contendo a Política de Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005).

Solicitou-se aos peritos que confirmassem sua participação e, após a avaliação do instrumento, que encaminhassem seu parecer via

² Profissionais que tivessem envolvimento acadêmico e científico na área da gerontologia corroborado por suas produções e orientações de dissertações e teses.

email, respeitando o prazo de 30 dias a partir do envio da carta. Próximo à data limite, realizou-se novo contato para confirmação dos peritos. Apenas uma (01) resposta foi obtida dentro do prazo combinado. Os demais painelistas solicitaram um prazo maior, por estarem no período de férias de final de ano. Sessenta (60) dias após o envio da carta, foram obtidas mais três (03) respostas. Como o prazo já havia se esgotado, optou-se por realizar a comparação destas quatro (04) opiniões a fim de se poder dar seguimento ao estudo. Os pareceres encaminhados dentro do prazo estipulado foram do enfermeiro, do psicólogo, do fisioterapeuta e do educador físico.

Após o recebimento dos pareceres, realizou-se uma análise descritiva das respostas dos peritos acerca dos itens do instrumento e, a partir dessa análise, os ajustes sugeridos foram realizados. Em síntese, os peritos concordaram que o instrumento proposto contempla os determinantes da Política do Envelhecimento Ativo, e que os itens abrangem os aspectos que permeiam tal política. Foram realizadas algumas modificações na redação dos itens e, também de acordo com as sugestões dos peritos, foram incluídas nove (09) questões ao instrumento, o qual ficou, pós-modificações, com quarenta e quatro (44) questões (Apêndice B).

3.3.2 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram classificadas em: determinantes transversais, determinantes econômicos, determinantes sociais, ambiente físico, determinantes pessoais, determinantes comportamentais, e serviços sociais e de saúde. Elas estão apresentadas conforme sua descrição e classificação em: Qualitativa Nominal (QLN), Qualitativa Ordinal (QLO) e Quantitativa Discreta (QTD).

Determinantes transversais

Idade do idoso (QTD): número de anos completos, calculado pela data de nascimento. Referida na entrevista.

Sexo do idoso (QLN): gênero a qual o idoso pertence, classificado em feminino e masculino. Registrado na entrevista.

Cor (QLN): cor da pele, classificada em: branca, negra, parda, amarela, indígena, e outra. De acordo com a opção do idoso na entrevista.

Religião (QLN): crença em uma doutrina, classificada em: católica, evangélica, espírita, nenhuma, e outra. Referida pelo idoso na

entrevista.

Descendência (QLN): origem cultural do idoso, classificada em: alemã, italiana, asiática, outra, ou não sabe informar. Referida pelo idoso na entrevista.

Estado civil (QLN): situação conjugal do idoso, classificado em: solteiro, casado, viúvo, divorciado/separado, união estável. Referido pelo idoso na entrevista.

Determinantes econômicos

Profissão (QLN): trabalho ou atividade especializada, com formação de nível técnico, ou superior, realizada pelo idoso dentro da sociedade, referida na entrevista.

Ocupação (QLN): atividade realizada pelo idoso sem capacitação formal, ou de carga horária reduzida. Referida pelo idoso na entrevista.

Renda mensal (QLO): soma dos rendimentos recebidos pelo idoso durante o mês, classificada em: até 1 salário mínimo, entre 1 e 3 salários mínimos, entre 3 e 5 salários mínimos, e mais de 5 salários mínimos. Referida pelo idoso na entrevista.

Benefícios sociais (QLN): rendimentos recebidos pelo idoso, classificados em: não recebe benefícios sociais, aposentadoria, previdência privada, fundo de pensão, auxílios sociais, ou recebe dois ou mais benefícios. Referida pelo idoso na entrevista.

Trabalhos não remunerados em casa e serviços voluntários (QLN): atividades voluntárias realizadas pelo idoso, classificadas em: não executa trabalhos não remunerados em casa ou serviços voluntários; participa como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias; é responsável direto pela organização e manutenção da casa; presta cuidados domiciliares a outros membros da família; executa trabalhos não remunerados de horta, jardinagem ou cuidado com animais. Referidos pelo idoso na entrevista.

Determinantes sociais

Alfabetização e Anos de estudo (QLO): quantidade de anos de estudo em ensino formal na escola, classificada em: não sabe ler e escrever e não assina o nome, não sabe ler e escrever, mas assina o nome, tem até dois anos de escolaridade, tem entre dois e quatro anos de escolaridade, tem entre quatro e oito anos de escolaridade, tem mais de oito anos de escolaridade. Referidas pelo idoso na entrevista.

Violência e maus-tratos (QLN): situações de violência ou maus-tratos sofridos pelo idoso, classificados em: foi roubado em casa, foi roubado na rua, foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar,

foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros, foi abusado sexualmente, sente-se abandonado ou excluído pelos familiares, sente-se abandonado ou excluído pela sociedade, ou nenhuma das situações. Referidos pelo idoso na entrevista.

Convívio no domicílio (QLN): situação de convívio domiciliar do idoso, classificado em: mora sozinho(a), mora com cônjuge ou companheiro(a), mora com companheiro(a) e filhos, mora com companheiro(a), filhos e netos, mora sem companheiro(a) com a família de um filho ou filha, mora com outros familiares, mora com estranhos ou mora com um profissional remunerado. Referido pelo idoso na entrevista.

Redes de apoio social (QLN): participação do idoso em grupos de convivência, classificada em: participa de grupo de convivência de idosos; frequenta a igreja e/ou grupos religiosos; faz parte de outras associações, como clube de mães, entidades culturais ou filantrópicas e cooperativas agrícolas; convive com outras pessoas em ambientes fora de casa; fica todo o tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família. Referidas pelo idoso na entrevista.

Ambiente físico

Água e saneamento básico (QLN): abastecimento de água e disposição, coleta e tratamento de esgotos na residência do idoso, classificados em: usa água da CASAN e tem fossa; usa água da CASAN e o esgoto cai direto na rede pluvial; usa água da CASAN e o esgoto é a céu aberto; usa água de poço ou nascente e tem fossa; usa água de poço ou nascente e o esgoto cai direto na rede pluvial; usa água de poço ou nascente e o esgoto é a céu aberto; não sabe informar. Referidos pelo idoso na entrevista.

Descarte de lixo (QLN): destino do lixo produzido na residência do idoso, classificado em: jogado a céu aberto; queimado ou enterrado; coletado pelo serviço municipal de coleta de lixo; parte coletada e parte queimada ou enterrada; parte coletada e parte jogada a céu aberto; não sabe o que é feito com o lixo produzido na casa. Referido pelo idoso na entrevista.

Casa onde vive (QLN): propriedade da residência onde o idoso vive e o espaço destinado a ele nesta residência, classificado em: casa própria e quarto privativo para a pessoa ou casal; casa própria e quarto dividido com terceiros; casa do filho(a) e quarto privativo para a pessoa ou casal; casa do filho(a) e quarto dividido com terceiros; casa alugada pelo idoso ou casal, na qual só mora o idoso ou casal; casa alugada pelo idoso ou casal e dividida com outros familiares. Referida pelo idoso na

entrevista.

Condições da casa (QLN): condições de estrutura física da casa onde vive o idoso, classificadas em: bem iluminada; com pisos irregulares e escorregadios; presença de degraus ou escadas; presença de tapetes; tem animais que andam soltos dentro da casa; tem animais que andam soltos fora da casa; o banheiro é fora da parte principal da casa; ou nenhuma das anteriores. Referido pelo idoso na entrevista.

Queda (QLN): ocorrência de queda sofrida pelo idoso no último ano, classificada em: sim ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Local da queda (QLN): local onde o idoso perdeu o equilíbrio e caiu no chão, classificado em: caiu no quarto; caiu no banheiro; caiu em outro(s) cômodo(s) da casa; caiu no quintal ou jardim da casa; caiu ao andar na rua, nos arredores da casa; caiu ao andar pela cidade; outros. Referido pelo idoso na entrevista.

Determinantes pessoais

Doenças (QLN): presença de doenças diagnosticadas por um médico, classificada em: nenhuma doença relatada pelo idoso; incontínências; problemas do coração; diabetes; pressão alta; câncer; doença de Parkinson; problemas de memória grave; artrose; reumatismo; osteoporose; doenças respiratórias; depressão; outra. Referidas pelo idoso na entrevista.

Grau de satisfação de vida (QLN): grau de satisfação do idoso com sua vida, classificado em: muito satisfeito; satisfeito; nem satisfeito, nem insatisfeito; insatisfeito; muito insatisfeito. Referida pelo idoso na entrevista.

Atividades de lazer (QLN): atividades realizadas pelo idoso em seu tempo livre, classificadas em: jogar cartas ou dominó; ler jornais, revistas ou livros; realizar trabalhos artesanais; assistir à televisão; escutar rádio; nenhuma das anteriores. Referidas pelo idoso na entrevista.

Determinantes comportamentais

Tabagismo (QLN): hábito do idoso de fumar cigarros, classificado em: nunca fumou; já fumou, mas parou de fumar há certa quantidade de anos; fuma menos de cinco cigarros por dia; fuma uma carteira de cigarros por dia; fuma mais de uma carteira de cigarros por dia. Referido pelo idoso na entrevista.

Realização de atividades físicas (QLN): a prática de atividades físicas realizada pelo idoso, classificada em: sim ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Atividades físicas (QLN): as modalidades de atividade física praticadas pelo idoso, classificadas em: caminhada; ginástica; bicicleta; hidroginástica/natação; dança; outra (qual?). Referido pelo idoso na entrevista.

Frequência da realização de atividades físicas (QLO): periodicidade com que o idoso realiza atividades físicas, classificada em: 1 ou 2 vezes na semana; 3 ou 4 vezes na semana; de 5 a 7 vezes na semana. Referida pelo idoso na entrevista.

Tempo de atividades físicas (QLO): quantidade de minutos por dia em que o idoso pratica atividades físicas, classificada em: menos de 30 minutos; de 30 a 60 minutos; mais de 60 minutos. Referido pelo idoso na entrevista.

Alimentação (QLN): alimentos que são habitualmente consumidos pelo idoso nas refeições realizadas ao longo do dia, classificados em: pães, bolos, bolachas, massas, farinhas (carboidratos); frutas, legumes e verduras (vitaminas e fibras); ovos, carne, nozes, leite iogurte, queijo (proteínas); manteiga, margarina, azeite, embutidos, linguiça, sobremesas, balas, doces e outros (gorduras). Referida pelo idoso na entrevista.

Dieta (QLN): hábitos alimentares do idoso, classificados em: foi orientado a restringir alguns alimentos e segue as recomendações; foi orientado a restringir alguns alimentos e não segue as recomendações; não foi orientado quanto à restrição de alimentos; considera sua alimentação saudável; reconhece que consome alimentos que trazem prejuízos para sua saúde. Referida pelo idoso na entrevista.

Saúde oral (QLN): condição dentária do idoso, classificado em: você tem dentes naturais, não usa dentadura e não tem nenhuma ponte fixa ou móvel; tem dentes naturais e usa ponte móvel ou fixa; usa prótese total em uma das arcadas e tem dentes naturais na outra; usa prótese total numa das arcadas e não tem nenhum dente natural na outra; usa prótese total nas duas arcadas. Referida pelo idoso na entrevista.

Prótese dentária (QLN): para aqueles idosos que utilizam prótese dentária, se a sua prótese machuca ou cai da boca, classificado em: sim ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Consulta odontológica (QLO): frequência com que o idoso realiza consultas odontológicas, classificada em: foi 1 vez ao dentista no último ano; foi 2 vezes ao dentista no último ano; foi 3 vezes, ou mais, ao dentista no último ano; não foi ao dentista no último ano. Referidas pelo idoso na entrevista.

Consumo de bebida alcoólica (QLO): frequência com que o idoso ingere bebidas alcoólicas, classificada em: não toma bebidas alcoólicas;

toma bebidas alcoólicas em eventos sociais esporádicos; toma bebidas alcoólicas 3 vezes por semana; toma bebidas alcoólicas 1 vez por semana; toma bebidas alcoólicas diariamente. Referida pelo idoso na entrevista.

Doses consumidas de bebida alcoólica (QLO): para aqueles que ingerem bebida alcoólica, quantidade de doses (copo) de bebida que o idoso costuma tomar, classificado em: 1 ou 2; 3 ou 4; 5 ou 6; 7, 8 ou 9; 10 doses ou mais. Referido pelo idoso na entrevista.

Uso de medicamentos (QLN): utilização diária de medicamentos pelo idoso, classificada em: sim ou não. Referido pelo idoso na entrevista.

Quantidade de medicamentos (QLO): quantidade de diferentes tipos de medicamentos utilizados pelo idoso diariamente, classificada em: 1 ou 2; 3 ou 4; 5 a 7; 8 ou mais. Referida pelo idoso na entrevista.

Modo de utilização da medicação (QLN): forma, ou costume, que o idoso tem no uso de suas medicações, classificado em: faz uma lista dos remédios e horários que deve tomar, marcando diariamente; toma seus remédios sozinho, sem esquecimentos ou trocas; toma seus remédios sozinho, mas às vezes esquece, ou toma errado; toma os remédios conforme os outros entregam para você tomar. Referido pelo idoso na entrevista.

Medicamentos (QLN): relação das classes medicamentosas utilizadas pelo idoso, classificadas em: medicamentos para pressão (anti-hipertensivos); medicamentos para diabetes (hipoglicemiantes orais e insulinas); medicamentos para o coração (cardiotônicos); medicamentos para dormir ou de nervos/calmantes/depressão (ansiolíticos, benzodiazepínicos e antidepressivos); medicamentos para dores musculares e inflamação (analgésicos e antiinflamatórios); medicamentos para os pulmões (broncodilatadores); medicamentos para o estômago (protetores gástricos); medicamentos para tireóide; medicamentos para os ossos. Referida pelo idoso na entrevista.

Serviços sociais e de saúde

Consultas médicas (QTD): quantidade de vezes em que o idoso realizou consulta médica no último ano. Referida pelo idoso na entrevista.

Motivo da não consulta (QLN): motivo de o idoso não ter consultado com o médico no último ano, classificado em: não precisou; precisou, mas não quis ir; precisou, mas não pode ir; precisou, mas não conseguiu uma consulta. Referido pelo idoso na entrevista.

Visitas domiciliares (QLN): recebimento de visitas domiciliares na residência do idoso por profissionais do serviço de saúde, classificado

em: recebeu visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde; recebeu visita domiciliar do Enfermeiro; recebeu visita domiciliar do Médico; recebeu visita domiciliar de outros profissionais da saúde; não recebeu visita dos representantes dos serviços oficiais de saúde. Referido pelo idoso na entrevista.

Participação em grupos de controle HAS e DM (QLN): frequência com que o idoso participa de grupos de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apenas para os que possuem essas condições, classificado em: sim ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Medicamentos para HAS e DM na rede pública (QLN): aquisição de medicamentos para o controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus, pelo idoso, na rede pública de saúde, classificada em: sim e vou buscar pessoalmente; sim e alguém vai buscar para mim; sim, mas compro na farmácia (prefere não pegar no posto); não; não utilizo medicações. Referida pelo idoso na entrevista.

Vacinação contra gripe (QLN): situação vacinal do idoso contra influenza (gripe), classificada em: toma todos os anos; já tomou alguma vez e não quer tomar mais; nunca tomou. Referida pelo idoso na entrevista.

Hospitalização (QLN/QLO): internação do idoso nos últimos 6 meses, classificada em: sim (referindo a quantidade de vezes), ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Procedimentos cirúrgicos (QLN/QLO): realização de cirurgias pelo idoso no último ano, classificada em: sim (referindo a quantidade de vezes), ou não. Referida pelo idoso na entrevista.

Assistência de cuidadores informais (QLN): recebimento de assistência pelo idoso através de cuidadores informais, classificado em: pastoral da saúde; pastoral do idoso; pessoas leigas contratadas para cuidar; pessoas leigas voluntárias para cuidar; nenhuma das anteriores.

Serviço de saúde mental (QLN): utilização do serviço de saúde mental pelo idoso, classificada em: nunca precisou do serviço de saúde mental; precisou do serviço de saúde mental e foi atendido pelo SUS; precisou do serviço de saúde mental e foi atendido por serviço particular ou convênios.

3.3.3 Aplicação do instrumento validado junto aos idosos

3.3.3.1 Campo de estudo

O local selecionado para a aplicação do instrumento após a validação de conteúdo foi o município de Rodeio (SC). Esse campo de estudo foi escolhido por se tratar do local em que atuo como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Rodeio está situado na região do Médio Vale do Itajaí, limitando-se com os municípios de Timbó, Benedito Novo, Ascurra e Indaial.

Esse município foi fundado por imigrantes italianos vindos do Tirol Trentino, Norte da Itália, no ano de 1875. Os primeiros habitantes deste município foram italianos, poloneses, e alemães. Os fundadores que iniciaram a colonização eram, em geral, famílias de camponeses e artesãos. Eles herdaram da Itália uma cultura sólida, baseada na fé católica, na obediência à Igreja e na preservação dos valores da família. O trabalho era condição essencial de sobrevivência e de luta para o domínio da terra ou dos trabalhos artesanais e a religiosidade está impregnada no povo.

Rodeio tem uma expressiva indústria têxtil, que se baseia em diversas facções, o que gera opções de emprego à comunidade, principalmente às mulheres. A indústria madeireira, também consolidada na região, destaca-se pela fabricação de esquadrias de portas, janelas e torneados, inclusive realizando exportação de seus produtos. Na agricultura, as principais fontes de renda são a produção de bananas e de arroz irrigado, além de outros cultivos, como reflorestamento de pinus, palmeira real e eucalipto, hortaliças, milho e uva. A piscicultura também é bastante expressiva. Destacam-se, ainda as produções de queijos e vinho, que além de fontes econômicas também se evidenciam como fatores turísticos (RODEIO, 2011).

Na agricultura, é muito comum a transmissão intergeracional dos conhecimentos: as formas de cultivo são repassadas dos avós para os filhos e netos, que dão continuidade aos seus trabalhos.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o município apresenta uma população de 10.922 pessoas, contando com o número expressivo de 1.645 idosos, o que representa 15% da população total (IBGE, 2012).

A rede de serviços de saúde do município é composta por duas Unidades de Saúde cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de

Estabelecimentos de Saúde): a Unidade de Saúde Avançada de Rodeio (USAR), localizada no Centro do município, a qual conta com atendimento médico de clínica geral e especializado; e uma Unidade de Saúde da Família, localizada em um bairro que faz divisa com o município vizinho, Timbó.

Rodeio apresenta uma baixa cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), estando apenas 38% da população coberta por este serviço de Atenção Primária, mas com previsão de ampliação em 2012. Cabe destacar que não é realizada nenhuma atividade específica na área da saúde para a população idosa do município. O único momento de atenção que recebem é nos encontros do grupo de hipertensão e diabetes, nas consultas médicas, nos atendimentos de enfermagem nas Unidades de Saúde e nas visitas domiciliares, quando pertinente. O atendimento ambulatorial dos idosos realizado na ESF pode ser previamente agendado, sendo-lhes garantida a prioridade no atendimento. Na USAR esse atendimento ocorre por livre demanda, priorizando-se os idosos que necessitam de atendimento no dia em questão.

3.3.3.2 Sujeitos da pesquisa

Os idosos residentes no município de Rodeio/SC foram identificados com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que apresentaram uma lista nominal, contendo: data de nascimento, idade e endereço de todos os idosos cadastrados por eles.

De posse desses dados foram selecionados os idosos na faixa etária de 60 a 70 anos. Definiu-se este grupo etário por ser o mais expressivo, contando com uma população estimada de 848 idosos, equivalentes a mais de 50% dos idosos do município. Além disso, esse instrumento de pesquisa já foi aplicado junto a idosos com 80 anos, ou mais, pela pesquisadora Farias (2010), e a partir do presente estudo acredita-se que os itens do instrumento são mais preditivos com idosos mais jovens, podendo-se assim observar quais são os determinantes mais consistentes nesta faixa etária. A amostra foi do tipo aleatória simples, sem reposição, composta por 264 idosos (Anexo 2), calculada a partir dos 848 idosos, através do programa SestatNet (NASSAR; WRONSKI; OHIRA et al., 2011).

Como critérios para inclusão na pesquisa, foram considerados os idosos: de ambos os sexos; na faixa etária de 60 a 70 anos; e que

apresentassem condições de comunicação e interação interpessoal, em condições de responder as perguntas que fazem parte do instrumento de coleta de dados.

3.3.3.3 Capacitação dos auxiliares de pesquisa

Como a amostra final dos idosos ficou ampla, necessitou-se de auxiliares de pesquisa, os quais foram selecionados pela mestrandia entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuavam na Prefeitura do Município de Rodeio. Foram selecionados três ACS que demonstraram: interesse na saúde do idoso, habilidade no discurso com os idosos e compreensão do instrumento de pesquisa, além de disponibilidade de realizar o levantamento de dados dentro do tempo estimado. Os auxiliares de pesquisa atuaram voluntariamente no estudo, sem remuneração, mas receberam certificado por terem participado da fase de coleta de dados da pesquisa.

Para padronizar a coleta de dados e familiarizar os auxiliares de pesquisa com a temática, foi realizada uma capacitação nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por um período de seis horas. Esta capacitação foi organizada pela mestrandia e sua orientadora, que fizeram uma breve explanação sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos, referencial teórico, metodologia e questões éticas. Após esta introdução, o instrumento (pós-modificações sugeridas pelos especialistas) foi apresentado e todos os itens foram discutidos.

Supridas as dúvidas dos auxiliares de pesquisa, realizou-se uma dinâmica na qual cada voluntário aplicava o instrumento para a pesquisadora ou a orientadora, as quais fizeram o papel de idosas participantes da pesquisa. Esta dinâmica envolveu a apresentação pessoal do auxiliar de pesquisa ao “idoso”, o convite para participar do estudo, o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e, por fim, a aplicação do instrumento.

Esta dinâmica possibilitou aos auxiliares de pesquisa se imaginar no local de coleta de dados e se deparar com as possíveis situações que poderiam surgir no momento da coleta em campo. Após a finalização da dinâmica, cada auxiliar relatou a experiência e foram discutidas formas e estratégias úteis para o momento de aplicação do instrumento.

3.3.3.4 Pré-teste

Os pré-testes tem o objetivo de esclarecer, refinar e medir a duração da aplicação do instrumento (CUMMING et al, 2003). Neste estudo foi realizado um teste-piloto com o instrumento após as modificações sugeridas pelo painel de experts. Essa necessidade surgiu pelo fato de o mesmo ter sofrido modificações em sua estrutura, conforme as sugestões dos especialistas.

O instrumento foi aplicado com seis (06) idosos acima de setenta (70) anos, escolhidos intencionalmente; cada auxiliar de pesquisa aplicou dois instrumentos. Optou-se por realizar o pré-teste com idosos acima de 70 anos para não utilizar os sujeitos da amostra do estudo. O pré-teste possibilitou, além de testar os itens do instrumento, um segundo treinamento para os auxiliares de pesquisa.

3.3.3.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e agosto de 2011.

Os 848 idosos que compuseram o universo de sujeitos em potencial, isto é, aqueles idosos que se encontravam na faixa etária entre 60 e 70 anos, receberam uma numeração sequencial de 1 a 848. Posteriormente, verificaram-se aqueles idosos cujo número correspondia a tábua de valores aleatórios calculados pelo programa do SestatNet (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA et al., 2011). Caso algum idoso não preenchesse os critérios de inclusão, ou se recusasse a participar do estudo, neste caso, foi selecionado o número subsequente da tabela que não havia sido sorteado.

Os 264 idosos sorteados foram contatados pessoalmente, ou por telefone, pela pesquisadora, com o apoio dos ACS da comunidade, para verificar se eles atendiam aos critérios de inclusão; resolvida essa etapa, fez-se o convite para que os idosos participassem do estudo. Para tanto, explicitou-se o objetivo da pesquisa e no que consistiria a participação do idoso. Alguns idosos solicitaram um tempo para pensar, ou para conversar com algum familiar. Nesses casos, fez-se novo contato após um ou dois dias.

Após o aceite, foi agendado dia, horário, e local para a aplicação

do instrumento, a qual foi realizada pela pesquisadora principal e pelas auxiliares de pesquisa, sob sua orientação e supervisão. No dia combinado, novamente foram explicados o objetivo da pesquisa, os procedimentos que envolviam a coleta dos dados e os aspectos éticos. Em seguida, o idoso foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para aplicação do instrumento, foi necessário encontrar um local que propiciasse privacidade ao idoso e para que o mesmo pudesse ouvir as perguntas feitas pela pesquisadora, tirar suas dúvidas e responder sem a interferência de qualquer outra pessoa. Ao término da aplicação do instrumento a pesquisadora verificava se o idoso tinha alguma dúvida, despedia-se, agradecendo a colaboração do idoso, encerrando, desta forma, o contato.

3.3.3.6 Organização e Análise de dados

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha específica no programa Microsoft Excel. Após digitação única foi realizada a revisão da consistência dos dados. Em seguida, utilizaram-se os programas SestatNet e Statistica para a análise. Foram realizados os seguintes tratamentos estatísticos: Para identificar a associação entre duas variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado, e o nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$. Na análise descritiva dos dados para as variáveis categóricas, utilizaram-se frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais, e os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. E para as variáveis numéricas, utilizou-se média e desvio-padrão. Ainda com vistas a uma análise exploratória, utilizou-se a Análise de Correspondência Multivariada (ACM) para identificar simultaneamente padrões de associação de um conjunto de variáveis.

Não foi necessário descartar nenhum dos instrumentos coletados por preenchimento equivocado ou por falta de resposta a alguma das perguntas.

4 QUESTÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento desse estudo foi feita uma consulta prévia à Secretaria da Saúde do município de Rodeio (SC) com vistas a buscar a aquiescência dessa instituição, que foi obtida através de seu representante legal. Na sequência, esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC - e obteve sua aprovação com o parecer de nº 1.096/2011 (Anexo 3). Os procedimentos para coleta dos dados seguiram o proposto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL, 2009). Dessa forma, todo o sujeito em potencial recebeu esclarecimento acerca do estudo, seu objetivo, no que consistiria sua participação e, mediante seu consentimento verbal, foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para realizar a validação de conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, foi solicitada uma autorização da autora do instrumento. (Apêndice D)

5 RESULTADOS

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

O primeiro artigo, intitulado Envelhecimento ativo: validação de conteúdo de um instrumento de avaliação, teve por objetivo apresentar os resultados do processo de validação de conteúdo do instrumento de avaliação multidimensional do envelhecimento ativo desenvolvido por Farias (2010). Será submetido à apreciação e publicação na Revista Acta Paulista de Enfermagem, conforme as instruções aos autores da própria Revista (Anexo 4).

O segundo artigo, intitulado Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos do município de Rodeio/SC, apresenta os resultados da aplicação do instrumento de avaliação multidimensional do envelhecimento ativo junto a idosos de 60 a 70 anos, residentes no município de Rodeio (SC). Será submetido à apreciação e publicação na Revista Texto e Contexto Enfermagem, conforme as instruções aos autores da própria Revista (Anexo 5).

Ressalta-se que, no presente trabalho, os textos são manuscritos que ainda deverão ser trabalhados, devendo-se posteriormente ajustar a formatação e o número de páginas ao que é preconizado pelas normas das revistas citadas.

5.1 ARTIGO 1 - ENVELHECIMENTO ATIVO: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

ENVELHECIMENTO ATIVO: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO³

ACTIVE AGING: CONTENT VALIDATION OF AN ASSESSMENT TOOL

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Fernanda Regina Vicente⁴

Silvia Maria Azevedo dos Santos⁵

RESUMO

Objetivo: Realizar a validação de conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. **Método:** Estudo de desenvolvimento metodológico do tipo de validação de um instrumento para mensurar os determinantes do envelhecimento ativo entre idosos, com vistas a poder utilizá-lo para esse extrato da população. Para validação de conteúdo deste instrumento, foram percorridas duas etapas: 1) a análise da validade do conteúdo, realizada por um painel de experts; 2) a aplicação do instrumento junto à população-alvo. **Resultados:** Houve pouca discordância entre os juízes na análise das questões e a maioria dos itens foi avaliada positivamente, necessitando de algumas alterações na estrutura e redação. Com a aplicação do instrumento foi possível identificar que os itens se mostraram compreensíveis aos idosos. **Conclusão:** O instrumento demonstrou validade de conteúdo tanto na opinião de especialistas, como também nos resultados obtidos em sua aplicação, demonstrando possuir características teóricas que representam as dimensões do envelhecimento ativo.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Qualidade de vida; Estudos de validação.

³ Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade – desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, em 2012.

⁴ Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC – PEN/UFSC.

⁵ Enfermeira. Doutora em Educação, Orientadora da mestranda. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

ABSTRACT

Objective: To do the content validation of an instrument to the multidimensional assessment from active aging. **Method:** Methodological development study of the validation type from an instrument, in order to measure active aging determinants among the elderly, to use for that population kind. Two stages were covered to do the content validation of the instrument: 1) analysis of content validity by a panel of experts; 2) the instrument application to the targeted population. **Results:** There was little disagreement among judges in relation to issues analysis. Most of the items were positively evaluated and they required some changes in structure and redaction. It was possible to identify, through the instrument application, items were understandable to the elderly. **Conclusion:** The instrument demonstrated content validity according to experts opinions, and also, in the obtained results from its application. Thus, it showed to have theoretical characteristics that represent the active aging dimensions.

Key words: Nursing; Elderly; Life Quality; Validation Studies.

RESUMEN

Objetivo: Realizar la validación de contenido de un instrumento para la evaluación multidimensional del envejecimiento activo. **Método:** Estudio de desarrollo metodológico, de validación de un instrumento para medir los determinantes del envejecimiento activo entre ancianos, con el objetivo de poder utilizarlo para ese conjunto de la población. Para la validación de contenido fueron desarrolladas dos etapas: 1) análisis de la validez del contenido, realizada por un panel de peritos; 2) la aplicación del instrumento junto a la población de ancianos. **Resultados:** Hubo poca discrepancia entre los jueces en el análisis de los asuntos y la mayoría de los ítems fue evaluada positivamente, necesiéndose de algunas alteraciones en la estructura y redacción. Con la aplicación del instrumento fue posible identificar que los ítems se mostraron comprensibles para los ancianos. **Conclusión:** El instrumento demostró tener validez de contenido en la opinión de los especialistas y, también, en los resultados obtenidos en su aplicación; demostrando poseer características teóricas que representan las dimensiones del envejecimiento activo.

Descriptorios: Enfermería; Anciano; Calidad de vida; Estudios de validación.

INTRODUÇÃO

A política voltada para a pessoa idosa mais determinante do Século XXI é a Política do Envelhecimento Ativo⁽¹⁾, resultante das deliberações da Assembléia Mundial do Envelhecimento Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Madri, em 2002. Tal política tem como propósito servir de guia para todos os países no desenvolvimento de ações cujo foco seja a população idosa, uma vez que visa a pensar no envelhecimento a partir de todas as fases da vida, objetivando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Essa Política envolve aspectos multidimensionais que não avaliam apenas a saúde, mas, de forma integral, abrangem todo o contexto de vida das pessoas, tais como: o ambiente físico onde vivem; os serviços sociais e de saúde direcionados para o acesso e promoção de saúde; os determinantes comportamentais e pessoais; além dos determinantes sociais e econômicos.

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 envelhecem. Está relacionado ao bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, e à participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades⁽¹⁾. Depreende-se que, assim, as pessoas consigam chegar à velhice ativas e possam manter-se nessas condições ao longo do seu processo de envelhecimento, independentemente de sua saúde física.

O que se espera é que as pessoas envelheçam com qualidade de vida e, sempre que possível, que continuem contribuindo para com a sociedade através de sua experiência, agindo como cidadãos atuantes. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas consigam redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas⁽²⁾.

Sabe-se que a qualidade de vida das pessoas, ao envelhecer, depende da forma como viveram, seus hábitos de vida e seus comportamentos. Mas, ao contrário do que se pensa, mudar o estilo de vida após os 60 anos é possível e pode trazer muitos benefícios à pessoa. Esta mudança irá depender principalmente da motivação do idoso e do suporte e acesso que lhe for proporcionado, sendo facilitada quando o idoso possuir uma rede de suporte familiar e/ou de sua comunidade que estimulem a adoção de novos hábitos de vida, ou, então, a modificação

de fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo.

Visando propiciar um envelhecimento ativo, as equipes de saúde devem estar preparadas para identificar precocemente os problemas que acometem e fragilizam os idosos e, para isso, os profissionais precisam utilizar instrumentos próprios. É preciso que a avaliação do idoso não seja limitada à avaliação médica tradicional, mas que sejam incluídos, neste atendimento, instrumentos que possam avaliar outras dimensões que são fundamentais para a sua saúde⁽³⁾.

O atendimento ao idoso antes era focado apenas no diagnóstico e no tratamento, porém houve uma mudança no enfoque, e, hoje, o idoso é avaliado também através de variáveis subjetivas, as quais incluem a sua percepção frente à própria qualidade de vida. Precisa-se de instrumentos multidimensionais que considerem as especificidades da pessoa idosa, que, por seus valores e experiências de vida, diferem dos mais jovens. É necessário considerar fatores relacionados à idade, à saúde, à aposentadoria, à viuvez, à dependência, à perda de autonomia, os quais conferem complexidade à mensuração da qualidade de vida dos idosos⁽⁴⁾.

Neste contexto, percebe-se que cada vez mais a enfermagem está buscando o cuidado pautado em evidências científicas, objetivando a melhoria da qualidade da assistência prestada. E, para atender essa demanda, estão sendo desenvolvidos diversos estudos a fim de construir e/ou validar instrumentos para serem utilizados em pesquisa e na assistência em áreas específicas. Estes instrumentos devem trazer confiança de que o resultado encontrado irá se repetir quando ele for replicado em outros estudos, para o mesmo objeto de estudo e cuidado.

Existem parâmetros mínimos que a medida psicométrica deve apresentar para se constituir um instrumento legítimo e válido, parâmetros que se referem à análise dos itens e à validade e confiabilidade do instrumento. A análise teórica é feita por juízes e visa estabelecer a compreensão dos itens e a pertinência destes ao atributo que pretendem medir⁽⁵⁾.

Este estudo objetivou realizar a validação de conteúdo do instrumento desenvolvido por Farias⁽⁶⁾ para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo.

Farias⁽⁶⁾ aponta que em suas pesquisas, não encontrou instrumentos padronizados que utilizassem a Política de Envelhecimento Ativo⁽¹⁾, para avaliar os determinantes do envelhecimento ativo. E, portanto, sentiu a necessidade de elaborar este instrumento de pesquisa. Buscando dar continuidade ao seu estudo ampliamos a revisão da literatura na tentativa de encontrar novas pesquisas. Foram encontrados

artigos que utilizaram instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, porém, nenhum indicou os determinantes do envelhecimento ativo referentes à Política.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo de validação de conteúdo de um instrumento para mensurar os determinantes do envelhecimento ativo entre idosos com vistas a poder utilizá-lo para esse extrato da população.

O instrumento de pesquisa foi elaborado por Farias⁽⁶⁾ em sua dissertação de mestrado. Por não identificar, na literatura vigente, instrumentos validados que tratassem da Política do Envelhecimento Ativo, essa pesquisadora sentiu necessidade de elaborar um roteiro de entrevista (*check-list*) que favorecesse a coleta de dados de sua pesquisa.

O instrumento então elaborado era composto de 35 itens relacionados aos determinantes do envelhecimento ativo e aos fatores a eles atribuídos. Estes itens estão divididos em sete domínios, extraídos da Política do Envelhecimento Ativo⁽¹⁾: I) determinantes transversais; II) determinantes econômicos; III) determinantes sociais; IV) ambiente físico; V) determinantes pessoais; VI) determinantes comportamentais; e VII) serviços sociais e de saúde. O Quadro 1 apresenta a especificação de cada domínio e suas respectivas questões no instrumento original de Farias⁽⁶⁾.

Determinantes do envelhecimento ativo	Fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo	Itens de cada fator
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

Quadro 1: Determinantes do envelhecimento ativo, fatores correlatos dos determinantes do envelhecimento ativo e itens de cada fator no instrumento.

Para Pasquali⁽⁷⁾ um teste ou instrumento apresenta validade de conteúdo se constituir uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos, devendo-se detalhar o conteúdo e explicitar a importância relativa de cada tópico do teste, o que é definido pelo avaliador ou equipe de avaliadores.

Para determinar a validade de seu conteúdo, o instrumento de Farias⁽⁶⁾ foi avaliado por um painel de experts, técnica que procura obter consenso na opinião de especialistas sobre um determinado assunto. O contato com os experts e a avaliação do instrumento ocorreram no período compreendido entre os meses de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Para isso, foi selecionado um grupo de juízes com longa atuação* na área de gerontologia e com formação básica em diferentes áreas do

* Profissionais que tivessem envolvimento acadêmico e científico na área da gerontologia corroborado por suas produções e orientações de dissertações e teses.

conhecimento. Foram convidados, por conveniência, cinco profissionais, um de cada uma das seguintes áreas: psicologia, enfermagem, fisioterapia, medicina e educação física, sendo que todos aceitaram participar do estudo. No entanto, um deles não deu retorno à pesquisa, deixando de enviar suas respostas. Como o prazo previsto havia se esgotado, optou-se por realizar a comparação destas quatro opiniões a fim de se poder dar seguimento ao estudo. Os pareceres encaminhados dentro do prazo estipulado foram do enfermeiro, do psicólogo, do fisioterapeuta e do educador físico.

O instrumento foi enviado aos cinco peritos para análise de conteúdo de seus itens, com relação a: forma de apresentação do instrumento; facilidade de leitura; compreensão e clareza dos itens; e pertinência conceitual (abrangência do conteúdo) referente ao envelhecimento ativo.

Os peritos foram convidados a participar mediante contato via email, através de uma carta de apresentação na qual foram expostos o título do estudo, seus objetivos e a forma de avaliação do instrumento. Foram enviados, junto com carta, o instrumento de pesquisa e o arquivo contendo a Política de Envelhecimento Ativo.

Após o recebimento dos pareceres, por email, realizou-se uma análise descritiva das respostas dos juízes acerca dos itens do instrumento e, a partir de então, os ajustes sugeridos foram realizados. Os juízes avaliaram o instrumento com o objetivo de refinar a redação dos itens e verificar sua pertinência conceitual referente ao envelhecimento ativo. Eles julgaram se os itens eram compreensíveis e se apresentavam validade aparente quanto à clareza, à facilidade de leitura e à forma de apresentação do instrumento.

Após as modificações sugeridas pelo painel de experts, o instrumento foi aplicado junto a um segmento da população idosa do município de Rodeio (SC), na qual se efetuou um corte amostral que resultou na seleção de idosos na faixa etária de 60 a 70 anos, que representavam um total de 848 idosos. A amostra foi do tipo aleatória simples, composta por 264 idosos, calculada pelo programa SestatNet⁽⁸⁾.

Como critérios para inclusão na pesquisa, foram considerados os idosos: de ambos os sexos; que estivessem na faixa etária selecionada; que apresentassem condições de comunicação e interação interpessoal para responder às perguntas que fazem parte do instrumento de coleta de dados.

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha específica no programa Microsoft Excel e, posteriormente, utilizou-se o programa SestatNet e Statistica para análise. Foram

realizados os seguintes tratamentos estatísticos: Qui-quadrado e Análise de Correspondência Multivariada (ACM), sendo que a associação entre duas variáveis deu-se a partir do teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerados significativos valores de $p \leq 0,05$. Ainda com a visão de uma análise exploratória, utilizou-se a ACM para identificar simultaneamente padrões de associação de um conjunto de variáveis.

A coleta de dados junto aos idosos ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2011, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo no1096/2011) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos mesmos.

RESULTADOS

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, eles serão apresentados em duas etapas distintas: (1) Painel de experts; e (2) Aplicação do instrumento junto aos idosos.

A avaliação dos juízes permitiu identificar a adequação do instrumento quanto à validade de conteúdo e à compreensão dos itens. Observou-se que houve pouca discordância entre os juízes na análise das questões e a maioria dos itens foi avaliada positivamente. Os juízes analisaram se os determinantes do envelhecimento ativo e seus aspectos foram contemplados adequadamente no instrumento e, quando necessário, houve sugestão para modificação da estrutura e do conteúdo de alguns itens: alguns itens foram excluídos ou fundidos em seu conteúdo e outros foram acrescentados.

Os juízes concordaram que o instrumento proposto contempla os determinantes da Política do Envelhecimento Ativo e os itens abrangem os aspectos que permeiam tal política. Foram realizadas algumas modificações na redação dos itens e também de acordo com as sugestões dos peritos foram incluídas nove (9) questões ao instrumento, o qual ficou com 44 questões. As alterações podem ser observadas no Quadro 2, apresentado a seguir.

Domínio	Tema	Item original	Item pós-modificações
Determinantes transversais	Cor	Branco; negro; outros.	Branca; negra; parda; amarela; indígena; outra.
	Religião	Questão aberta.	Católica; evangélica; espírita; nenhuma; outra.
	Estado civil	Não existia.	Casado(a); solteiro(a); viúvo(a); divorciado(a)/separado(a); união estável.
Determinantes econômicos	Renda	Até 1 salário mínimo; entre 1 e 2 salários mínimos; entre 2 e 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos.	Menos de 1 salário mínimo; entre 1 e 3 salários mínimos; entre 3 e 5 salários mínimos; mais de 5 salários mínimos.
	Benefícios sociais	Não recebe benefícios sociais; aposentadoria; previdência privada; fundo de pensão (autônomos, militares e bancários); auxílios sociais (bolsa família; auxílio gás; vale alimentação e outros).	Incluído o item: Recebe dois ou mais dos benefícios acima relacionados.
Determinantes sociais	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.	1.Foi roubado em casa. 2.Foi roubado na rua. 3.Foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar. 4.Foi forçado a deixar seus rendimentos sob a responsabilidade de terceiros. 5.Foi abusado sexualmente. 6.Sente-se abandonado ou excluído pelos familiares. 7.Sente-se abandonado ou excluído pela sociedade. 8.Nenhuma das situações.
	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.	1.Mora sozinho. 2.Mora com o cônjuge ou companheiro(a). 3.Mora com companheiro e filhos. 4.Mora com companheiro, filhos e netos. 5.Mora sem companheiro, com a família de um filho ou filha. 6.Mora com outros familiares 7.Mora com estranhos. 8.Mora com um(a) profissional remunerado(a).
Ambiente físico	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.	1. Bem iluminada. 2. Com pisos irregulares e escorregadios. 3. Presença de degraus ou escadas 4. Presença de tapetes. 5. Tem muitos móveis nos quais é fácil bater ou tropeçar. 6. Tem animais que andam soltos dentro da casa. 7. Tem animais que andam soltos fora da casa. 8. O banheiro é fora da parte principal da casa. 9. Nenhuma das anteriores.

Continuação

Domínio	Tema	Item original	Item pós-modificações
Ambiente físico	Quedas	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.	Questão subdivida em duas (2): 14. Você sofreu alguma queda no último ano? 1.Sim 2.Não <i>Se sim, prossiga para a próxima questão.</i> <i>Se não, passe para questão 16.</i> 15. Considerando sua última queda, onde você caiu? 1.Caiu no quarto. 2.Caiu no banheiro. 3.Caiu em outro/s cômodo/s da casa. 4.Caiu no quintal ou no jardim da casa. 5.Caiu ao andar na rua, nos arredores da casa. 6.Caiu ao andar pela cidade. 7.Outros.
Determinantes pessoais	Doenças/ problemas de saúde	15. Presença de doenças entre familiares (considerar os pais, irmãos e tios): 1.problemas do coração; 2.diabetes mellitus; 3.hipertensão arterial sistêmica; 4.câncer; 5.demências; 6.doenças músculo-esqueléticas.	16. Algun médico disse que o/a senhor/a tem alguma/s das seguintes doenças ou problemas de saúde? 1.Nenhuma doença relatada pelo idoso 2.Incontinências (urinária,fecal,mistas) 3.Problemas do coração 4.Diabetes. 5.Pressão alta. 6.Câncer. 7.Doença de Parkinson. 8.Problemas de memória grave, esquecimentos importantes. 9.Artrose. 10.Reumatismo(Artrite reumatóide). 11.Osteoporose. 12.Doenças respiratórias. 13.Depressão. 14.Outra (nenhuma das anteriores).
Serviços sociais e de saúde	Consulta médica	28. Faz consultas médicas: 1.anualmente; 2.a cada 6 meses; 3.somente quando está sentindo-se doente.	35. Quantas vezes o(a) senhor(a) foi ao médico no último ano? ___ vezes. 36. Caso não tenha ido a nenhuma consulta médica no último ano, isso foi porque: 1.Não precisou; 2.Precisou mas não quis ir; 3.Precisou mas não pôde ir; 4.Precisou mas não conseguiu uma consulta.
	Medicamentos para Hipertensos e/ou Diabéticos	-	Nova questão apenas para hipertensos e/ou diabéticos: 39.Consegue remédios para controle de hipertensão e/ou diabetes na rede pública de saúde (Posto de Saúde)? 1.Sim e vou buscar pessoalmente. 2.Sim e alguém vai buscar para mim. 3.Sim, mas compro na farmácia. (prefere não pegar no Posto de Saúde). 4.Não. 5.Não utilizo/tomo medicações.

Domínio	Tema	Item original	Item pós-modificações
Serviços sociais e de saúde	Hospitalização e procedimentos cirúrgicos	<p>31. Hospitalizações: 1.não esteve internado no último ano 2.esteve internado 1 ou 2 vezes no último ano; 3.esteve internado mais de 3 vezes no último ano.</p> <p>32. Procedimentos cirúrgicos: 1.não realizou cirurgias no último ano; 2.realizou 1 cirurgia no último ano; 3.realizou mais de 1 cirurgia no último ano.</p>	<p>41. O(a) senhor(a) precisou ser hospitalizado nos últimos 6 meses? 1.Sim. Quantas vezes? ____ 2.Não.</p> <p>42. O(a) senhor(a) precisou fazer alguma cirurgia nos últimos 2 anos? 1.Sim. Quantas? ____ 2.Não.</p>
Determinantes comportamentais	Prática de atividades físicas	<p>1.Não executa atividade física. 2.Realiza atividades físicas esporadicamente. 3.Realiza atividades físicas 2 ou 3 vezes por semana. Quais as atividades físicas que realiza? (Questão aberta).</p>	<p>Esta questão foi subdivida em quatro (4): 20. Pratica atividades físicas? 1.Sim 2.Não <i>Caso tenha respondido sim, responda aos itens 21, 22 e 23. Se respondeu não, vá para o item 24.</i></p> <p>21. Qual ou quais atividade(s) física(s) o(a) senhor(a) pratica? 1.Caminhada. 2.Ginástica. 3.Bicicleta. 4.Hidroginástica/Natação. 5.Dança. 6.Outra.Qual?</p> <p>22. Quantas vezes por semana o senhor(a) pratica atividades físicas? 1.1 ou 2 vezes na semana. 2.3 ou 4 vezes na semana. 3. 5 a 7 vezes na semana</p> <p>23. Por quantos minutos por dia o(a) senhor(a) pratica atividades físicas? 1.Menos de 30 minutos. 2.De 30 a 60 minutos. 3.Mais de 60 minutos.</p>
	Alimentação	<p>Questão aberta transformada em múltipla escolha: 20. Quais os alimentos são habitualmente consumidos nas refeições feitas ao longo do dia?</p>	<p>24. Quais os alimentos que são habitualmente consumidos nas refeições feitas ao longo do dia? <i>Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário</i> 1. Pães, bolos, bolachas, massas, farinhas (carboidratos). 2.Frutas, legumes e verduras (vitaminas e fibras). 3.Ovos, carne, nozes, leite, iogurte, queijo (proteínas). 4.Manteiga, margarina, azeite, embutidos, linguiça, sobremesas, balas,doces, outros (gorduras).</p>

Domínio	Tema	Item original	Item pós-modificações
Determinantes comportamentais	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.	1.Você tem dentes naturais, não usa dentadura e não tem nenhuma ponte fixa ou móvel. 2.Tem dentes naturais e usa ponte móvel ou fixa. 3.Usa prótese total (dentadura) em uma das arcadas e tem dentes naturais na outra. 4.Usa prótese total (dentadura) numa das arcadas e não tem nenhum dente natural na outra. 5.Usa prótese total (dentadura) nas duas arcadas.
		-	Incluída questão: 27. Para os que usam prótese ou dentadura: Sua dentadura ou ponte machuca ou cai? 1.Sim 2.Não
	Consumo de bebida alcoólica	-	Incluída questão: 30. Quando você bebe quantas doses de bebida alcoólica costuma tomar? 1.1 ou 2 2.3 ou 4 3.5 ou 6 4.7, 8 ou 9 5.10 doses ou mais.
	Uso de medicamentos	26. Liste ou apresente os medicamentos que você toma diariamente. Anotar os medicamentos em uso. (Questão aberta modificada para múltipla escolha).	31. Sobre o uso de medicamentos: Você toma remédios diariamente? 1.Sim 2.Não -> <i>Caso não utilize medicamentos diários, passe para a pergunta 35.</i> 32. Se sim, quantos medicamentos você toma por dia? 1.1 ou 2; 2.3 ou 4; 3.5 a 7; 4.8 ou mais. 34. Liste ou apresente os medicamentos que você toma diariamente: 1.medicamentos para pressão; 2.medicamentos para diabetes; 3.medicamentos para o coração; 4.medicamentos para dormir ou de nervos/calmanes/depressão; 5.medicamentos para dores musculares e inflamação; 6.medicamentos para os pulmões; 7.medicamentos para o estômago; 8.medicamentos para a tireóide; 9.medicamentos para os ossos.
	Reações adversas	27. Algum medicamento lhe causou alergia ou outras reações: 1.alergia; 2.outras reações; 3.alergia e outras reações; 4.nenhuma queixa. Em caso afirmativo citar o medicamento que lhe causou efeito adverso.	Questão excluída

Quadro 2: Síntese das alterações realizadas no instrumento após a avaliação do painel de experts

Com a intenção de aproximar-se de uma validade de construto procurou-se identificar as associações entre as variáveis do estudo. Validação do construto é um esforço para testar hipóteses, e esta abordagem pode ser de vários tipos, os quais envolvem análise lógica e teste de relações previstas com base em conceituações fundamentadas⁽⁹⁾. Utilizou-se a Análise de Correspondência Multivariada na análise dos dados para ver o idoso como um todo, pois ela permite análises simultâneas das variáveis do instrumento. Porém, como não foi obtido um alto padrão de associação entre as variáveis analisadas que atendesse ao percentual mínimo de inércia (50%) utilizamos o teste Qui-quadrado para análise entre duas variáveis (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis analisadas no estudo que apresentaram associação de acordo com o Teste qui-quadrado

VARIÁVEIS ANALISADAS	TESTE QUI-QUADRADO		
	Graus de liberdade	Qui-quadrado	p-valor
Hipertensão arterial & Uso de anti-hipertensivo	1	200.24	< 0.000001
Doença cardíaca & Uso de cardiotônicos	1	52.86	< 0.000001
Queda & Atividade Física	1	5.34	0.0208101
Queda & Condições da casa	1	5.61946	0.0177621
Segue a dieta recomendada & Diabetes mellitus	1	5.26304	0.0217829
Segue a dieta recomendada & Hipertensão arterial	1	13.92	0.0001898
Consulta ao dentista & Situação da saúde bucal	12	64.23169	< 0.000001
Depressão & Jogar cartas ou dominó	1	8.21348	0.0041580

Não se evidenciou significância estatística nos testes de correlação e de associação entre todos os fatores determinantes do envelhecimento ativo, o que inviabilizou a discussão dos coeficientes relacionados a eles.

DISCUSSÃO

Com a realização do painel de experts pode-se observar que houve um consenso entre os juízes no que se refere ao instrumento de pesquisa contemplar os determinantes da Política do Envelhecimento Ativo, as questões propostas conseguiram abranger os aspectos mais significativos de tal Política. Mesmo assim foi necessário excluir algumas questões e incluir novos itens de acordo com as sugestões, com o intuito de refinar o instrumento.

O objetivo do instrumento de Farias⁽⁶⁾ não foi o de ser uma listagem completa de todos os itens envolvidos na Política do Envelhecimento Ativo, mas o de abordar os aspectos mais representativos de cada dimensão da Política. Portanto, ao fazer-se a validação do mesmo, foi fundamental a avaliação dos juízes quanto à estrutura do instrumento, à redação e à forma de apresentação dos itens e a sua pertinência conceitual referente ao envelhecimento ativo.

A validação de instrumentos está se tornando um fator importante nas pesquisas, no sentido de evidenciar a capacidade que a medida tem de captar ou revelar um dado fenômeno⁽¹⁰⁾. Além disso, oferecer instrumentos validados para a prática da Enfermagem constitui uma grande contribuição que, seguramente, resulta em acréscimos à qualidade do cuidado prestado⁽¹¹⁾.

Com a aplicação do instrumento junto aos idosos, foi possível corroborar os achados de Farias⁽⁶⁾ quando disse que todos os itens pareceram ser compreensíveis às pessoas idosas, independentemente de sua faixa etária. Lembrando que, dentro de contextos diferentes, a idade cronológica não é o único fator para avaliar as mudanças do envelhecimento. Existem variações importantes relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre idosos que possuem a mesma idade. Variações essas, as quais devem ser consideradas na elaboração de políticas e programas direcionados para essa população⁽¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento de Farias⁽⁶⁾ demonstrou validade de conteúdo, tanto na opinião de especialistas, quanto nos resultados obtidos em sua aplicação, demonstrando possuir características teóricas que representam as dimensões do envelhecimento ativo.

É importante salientar que se acredita que os serviços de saúde podem estimular a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação

ativa no cuidado da própria saúde. No entanto, é necessário que se busque identificar em que medida os determinantes do Envelhecimento Ativo repercutem na qualidade de vida da população idosa. Para isso, é de fundamental importância que as equipes de saúde embasem suas ações de cuidado nas Políticas Públicas do idoso e que utilizem instrumentos multidimensionais de avaliação que tenham uma abordagem específica para a pessoa idosa.

Existe, na literatura nacional e internacional, uma gama de instrumentos de avaliação do envelhecimento e da qualidade de vida. No que se refere aos instrumentos internacionais, sabe-se que, muitos deles, precisam passar por processos de tradução e adaptação cultural antes de serem utilizados nas pesquisas brasileiras.

Como a enfermagem está buscando, cada vez mais, prestar um cuidado pautado em evidências científicas, criou-se a necessidade de desenvolver estudos para construir e/ou validar instrumentos para serem utilizados em pesquisa e na assistência em áreas específicas. Sabe-se que desenvolver um novo instrumento é um trabalho intenso, que exige um método rigoroso e empenho do pesquisador. É essencial que o objetivo do instrumento e seus conceitos estejam bem definidos.

Para que os instrumentos possam afiançar que o resultado de sua aplicação irá se repetir quando for replicado em outros contextos, é necessário que passem por etapas de validação, as quais incluem análise dos itens, validade e confiabilidade.

A pesquisa cujos desdobramentos aqui se apresentam incluiu, após análise, as sugestões apontadas pelos juízes, as quais foram implementadas, permitindo a adequação do instrumento quanto à validade de conteúdo e à compreensão dos itens.

Com a aplicação do instrumento junto à população-alvo pôde-se perceber que alguns ajustes no instrumento ainda precisam ser realizados visando seu aprimoramento, tais como: quanto à renda mensal, especificar se a referida renda é individual ou familiar e incluir a opção de não possuir rendimentos; quanto a violência e maus-tratos, incluir os itens agressão física e agressão verbal; com relação ao convívio domiciliar, incluir os itens mora com companheiro e outros familiares, e mora com filho(s) sem companheiro(a); quanto a casa onde vive, incluir os itens casa de outros familiares, na qual só mora o idoso ou o casal, e casa de outros familiares e dividida com outros familiares.

Além dos aspectos relativos a saúde oral, onde se propõem incluir o item não tem dentes naturais e não usa prótese; ao passo que quanto ao uso de medicamentos, alterar a redação do item: faz uma lista dos remédios e horários que deve tomar, marcando diariamente, para: segue

a receita médica, conferindo diariamente; quanto ao tipo de medicamentos utilizados ampliar o leque de opções ou, então, incluir o item: outra medicação, solicitando a especificação.

Por sua vez no tocante as visitas domiciliares recebidas, existe a opção: visita do enfermeiro, porém como são realizadas muitas visitas pelos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem precisaria incluir equipe de enfermagem neste item; e com relação aos medicamentos para hipertensos e diabéticos na rede pública, incluir o item consigo uma parte dos remédios. Sugere-se, assim, que quando forem realizados outros estudos utilizando esse instrumento, sejam reformuladas as questões mencionadas.

No entanto, o estudo em foco apresentou algumas limitações que devem ser destacadas: realizou-se somente a validação de conteúdo deste instrumento, fazendo-se necessário conhecer suas demais propriedades psicométricas a partir de outras etapas de validação, como a confiabilidade e a consistência interna. Recomenda-se a aplicação do mesmo junto a outros segmentos etários e em outros contextos, para confirmação dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
2. Ministério da Saúde (BRA). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Cardoso GA, Cardoso MDT. Avaliação Funcional em Idosos na Estratégia Saúde da Família. Cadernos UNIFOA. 2008 out [acesso em 19 dez 2011]. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/especiais/pmvr/17pdf>
4. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 99-106.
5. Pasquali L. Técnicas de Exame Psicológico: TEP manual -

Fundamentos das Técnicas Psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

6. Farias RG. Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.

7. Pasquali L. Técnicas de Exame Psicológico: TEP manual. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

8. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M et al. SestatNet - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. [acesso em: 02 abr. 2011]. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>.

9. Polit DF, Beck CT. Medições e qualidade dos dados. In: Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 407-426

10. Souza SS, Silva DMGV. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. Acta paul enferm. 2011. 24(6): 778-83.

11. Mata LRF, Carvalho EC, Napoleão AA. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes submetidos à prostatectomia. Texto Contexto Enferm. 2011. 20 (Esp): 36-44.

5.2 ARTIGO 2 - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA⁶

MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF ACTIVE AGING DETERMINANTS FROM THE ELDERLY IN A COUNTY OF SANTA CATARINA

EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LOS DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN ANCIANOS DE UN MUNICIPIO DE SANTA CATARINA

Fernanda Regina Vicente⁷

Silvia Maria Azevedo dos Santos⁸

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os determinantes do envelhecimento ativo apresentados pelos idosos de 60 a 70 anos, residentes em Rodeio (SC). É um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, cuja coleta dos dados ocorreu entre abril e agosto de 2011. Foram entrevistados 264 idosos, utilizando-se o instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, pós validação de conteúdo para proceder a avaliação multidimensional do envelhecimento ativo. Os dados foram organizados em uma planilha específica no programa Microsoft Excel, e após foram utilizados os programas SestatNet e Statistica para análise. Os resultados mostraram que a grande maioria dos idosos se considera de cor branca (98,11%), religião católica (86,74%) e origem italiana (71,59%). Os idosos eram participativos na

⁶Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade – desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, em 2012.

⁷Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC – PEN/UFSC. E-mail: fernanda.frv@hotmail.com

⁸Enfermeira. Doutora em Educação, Orientadora da mestranda, Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

comunidade e realizavam algum tipo de trabalho não remunerado (90,9%). Apresentaram índice significativo de queda (30,68%), porém baixa hospitalização (4,92%). Apesar das comorbidades apresentadas, mostraram-se satisfeitos com a vida e realizavam atividades de lazer e físicas regularmente. Conclui-se que, embora nem todos os idosos tenham uma avaliação positiva em cada determinante do envelhecimento ativo, de maneira geral apresentaram-se independentes e satisfeitos com sua qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Envelhecimento; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate active aging determinants presented by the elderly from 60 to 70 years old and living in Rodeio (SC). Quantitative study of exploratory-descriptive type, whose data were collected between April and August 2011. We interviewed 264 elderly by using the instrument for active aging multidimensional assessment, after content validation. The data were organized in a specific Microsoft Excel spreadsheet, and after programs Statistica and SestatNet were used for analysis. Results showed the vast majority of elder people were considered Caucasians (98,11%), Catholics (86,74%) and Italian descendents (71,59%). The elderly were participating in the community and were performing some kind of unpaid work (90,9%). They showed significant index of falling (30.68%), but, low hospitalization (4.92%). Despite the presented comorbidities, they were satisfied with their lives and were engaged, regularly, in physical exercises and leisure activities. We concluded although not all senior citizens got a positive evaluation on each active aging determinant, in general, they showed to be independent and satisfied with their quality of life.

Keywords: Nursing; Aged; Aging; Quality of Life.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar los determinantes del envejecimiento activo presentados por los ancianos de 60 a 70 años residentes en Rodeio (SC). Estudio cuantitativo, exploratorio-descriptivo, cuya recopilación de datos ocurrió entre Abril y Agosto del 2011. Fueron entrevistados 264 ancianos mediante la utilización del instrumento para la evaluación multidimensional del envejecimiento activo, después de la validación de lo contenido. Los datos fueron organizados en una hoja de cálculo específica en Microsoft Excel, y después se utilizaron los programas SestatNet y Statistica para el

análisis. Los resultados mostraron que la gran mayoría de los ancianos son de piel blanca (98,11%), religión católica (86,74%) y origen italiano (71,59%), eran participativos en la comunidad y realizaban algún tipo de trabajo no remunerado (90,9%). Presentaron un índice significativo de caídas (30,68%), pero, baja hospitalización (4,92%). A pesar de las comorbidades, los ancianos se mostraron satisfechos con sus vidas, realizaban actividades de recreación y físicas, regularmente. Se concluyó que si bien no todos los ancianos consiguieron una evaluación positiva en cada determinante del envejecimiento activo, de manera general, se mostraron independientes y satisfechos con la calidad de vida que llevaban.

Descriptor: Enfermería; Anciano; Envejecimiento; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O Brasil vem apresentando um aumento significativo de idosos, que no ano 2000 representavam 8,6% do total da população e, em 2010, eram 10,7%. As projeções estatísticas apontam que em 2025 o Brasil deverá ter 15% de sua população constituída por idosos, o que colocará o país em sexto lugar no *ranking* mundial¹⁻².

Tendo em vista esse aumento exponencial, é preciso refletir sobre o que está sendo realizado na área da saúde para contemplar adequadamente as necessidades dessa população idosa e de sua família. Para que as pessoas tenham qualidade de vida ao envelhecer, é preciso que haja cada vez mais investimentos e oferta de serviços que atendam às demandas desse segmento da população. De maneira geral, as pessoas idosas desejam e podem manter-se ativas e independentes se estiverem em um contexto seguro e amigável.

No entanto, não se pode negar que os idosos convivem com riscos em potencial derivados do próprio processo de envelhecimento, o que pode deixá-los mais suscetíveis a incapacidades, decorrentes de condições físicas, sociais, ou afetivas³. Esse é um processo dinâmico e particular para cada indivíduo, e mesmo entre os idosos, os mais jovens tendem a apresentar condições diferentes dos longevos⁴.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde⁵ a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades, incentivando a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso à alimentação saudável e mudanças no

estilo de vida, como a redução do consumo de fumo e álcool. Essas questões são a base para o envelhecimento saudável, que signifique, acima de tudo, um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

É também necessário integrar os idosos aos serviços de saúde para que os mesmos tenham acesso a informações que favoreçam o envelhecimento ativo e a melhora da qualidade de vida. As equipes de Atenção Primária em Saúde devem realizar medidas de promoção de saúde que favoreçam esta integração entre a população idosa e os serviços de saúde⁶.

Nesse sentido, em abril de 2002, na Assembléia Mundial do Envelhecimento Humano, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Madri, os experts buscaram propor uma diretriz que focasse o Envelhecimento Ativo como prioridade para o Século XXI⁵. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, sendo qualidade de vida a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁷.

As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida⁵. Uma característica distintiva deste movimento é o compromisso de agir, com base na idéia de que os determinantes sociais relacionados à saúde são produtos da ação das pessoas. E a transformação desses determinantes deve ser organizada através de políticas públicas intersetoriais e implementada com o apoio e participação de amplos segmentos da sociedade⁸.

Uma série de fatores implica no processo do envelhecimento, os quais estão interligados e se aplicam à saúde de pessoas de todas as idades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como sendo os principais fatores determinantes do envelhecimento ativo: serviços sociais e de saúde; determinantes comportamentais; determinantes pessoais; ambiente físico; determinantes sociais; e determinantes econômicos. Não se pode atribuir uma causa direta a cada um dos fatores determinantes, porém as evidências sugerem que todos os fatores em si e a interação entre eles refletem o envelhecimento dos indivíduos e populações. São necessárias mais pesquisas para que se possa reconhecer e identificar o papel de cada fator determinante, bem como da interação entre eles, no processo de envelhecimento ativo⁵.

Tendo em vista esse contexto, o objetivo desse estudo foi avaliar os determinantes do envelhecimento ativo apresentados pelos

idosos de 60 a 70 anos, residentes em Rodeio (SC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo exploratório-descritivo. A coleta de dados aconteceu entre os meses de abril e agosto de 2011, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Protocolo no 1096/2011) e de todos os sujeitos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O local selecionado para aplicação do instrumento de pesquisa foi o município de Rodeio (SC), que conta com uma população idosa correspondente a 15% da população total, o que, em números absolutos, significa 1645 idosos². Os sujeitos do estudo foram idosos na faixa etária de 60 a 70 anos. Definiu-se este grupo etário por ser o mais expressivo do município, contando com uma população estimada de 848 idosos, o equivalente a mais de 50% dos idosos do município. Com base nessa população a amostra foi do tipo aleatória simples, composta por 264 idosos, calculada no programa SestatNet⁹.

Como critérios para inclusão na pesquisa, foram considerados os idosos: de ambos os sexos; que estivessem na faixa etária selecionada; e que apresentassem condições de comunicação e interação interpessoal, em condições de responder às perguntas que fazem parte do instrumento de coleta de dados.

O instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, desenvolvido por Farias (2010), passou pelo processo de validação de conteúdo, o qual foi realizado através de um painel de quatro experts, especialistas em Gerontologia e com formação em diferentes áreas do conhecimento (educação física, fisioterapia, enfermagem, psicologia). Nesta avaliação, os juízes concordaram que o instrumento proposto contempla os determinantes da Política do Envelhecimento Ativo⁵ e os itens apresentam pertinência conceitual. Foram realizadas de acordo com as sugestões dos experts, modificações na estrutura e no conteúdo de algumas questões do instrumento, visando à adequação da validade de seu conteúdo¹⁰.

O instrumento validado em sua versão final apresenta 44 questões relacionadas ao envelhecimento ativo e seus fatores determinantes, divididas em sete domínios, extraídos da Política do Envelhecimento Ativo⁵: determinantes transversais; determinantes econômicos; determinantes sociais; ambiente físico; determinantes pessoais; determinantes comportamentais; e serviços sociais e de saúde. Os domínios apresentam questões como: dados sociodemográficos; renda,

trabalho, benefícios sociais; educação e alfabetização, violência e maus-tratos, convívio no domicílio, redes de apoio; moradia segura, saneamento básico, quedas; problemas de saúde, satisfação de vida; tabagismo, atividades físicas, alimentação saudável, saúde oral, consumo de bebidas alcoólicas, uso de medicação; e serviços de saúde.

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha específica no programa Microsoft Excel. Após digitação única foi realizada a revisão da consistência dos dados. Em seguida, utilizou-se o programa SestatNet para a análise. Na análise descritiva dos dados para as variáveis categóricas, utilizaram-se frequências simples e cruzadas, tanto em termos absolutos quanto em percentuais, e os resultados foram organizados em gráficos e tabelas. E para as variáveis quantitativas, utilizou-se média e desvio-padrão.

RESULTADOS

Ao analisar-se parte dos dados sociodemográficos, expressos na Tabela 1, foi possível observar que 54,1% dos pesquisados representaram o sexo feminino, sendo a média de idade apresentada de 64,5 anos. A grande maioria (71,5%) dos idosos disse ser de origem italiana, religião católica (86,7%) e cor branca (98,1%). Observou-se que 75,7% dos idosos conviviam com cônjuges ou companheiros, 14,7% eram viúvos e 9,4%, separados ou solteiros.

Tabela 1 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e variáveis sócio demográficas, 2011.

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cor						
Branca	139	52,65	120	45,45	259	98.11
Parda	2	0,76	1	0,38	3	1.14
Negra	1	0,38	-	-	1	0.38
Amarela	1	0,38	-	-	1	0.38
Origem						
Italianos	94	35,61	95	35,98	189	71.59
Alemães	29	10,98	12	4,55	41	15.53
Outros	20	7,58	14	5,30	34	12.88
Religião						
Católica	119	45,08	110	41,67	229	86.74
Evangélica	24	9,09	10	3,79	34	12.88
Outra	-	-	1	0,38	1	0.38
Estado civil						
Casado	94	35,61	93	35,23	187	70.83
Viúvo	34	12,88	5	1,89	39	14.77
Divorciado/Separado	6	2,27	8	3,03	14	5.30
União estável	4	1,52	9	3,41	13	4.92
Solteiro	5	1,89	6	2,27	11	4.17

Quanto à ocupação, 70% dos idosos deste estudo são aposentados e não realizavam trabalhos remunerados, 20% referiram exercer trabalhos remunerados e 10% são do lar/dona de casa. Quanto à renda, a maioria dos idosos (76,5%) recebe entre um e três salários mínimos por mês (Tabela 2).

Tabela 2 - Sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e renda mensal, 2011.

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Até 1 salário mínimo*	25	9,47	7	2,65	32	12.12
Entre 1 e 3 salários mínimos	110	41,67	92	34,85	202	76.52
Entre 3 e 5 salários mínimos	8	3,03	16	6,06	24	9.09
Mais de 5 salários mínimos	-	-	6	2,27	6	2.27

*Salário mínimo equivalente a R\$545,00

Mesmo aposentados, ou trabalhando fora, 90,9% dos idosos deste estudo relataram exercer algum tipo de trabalho não remunerado em casa ou serviços voluntários na comunidade, como por exemplo: participar como voluntário em igrejas, escolas ou associações comunitárias (73,4%); prestar cuidados domiciliares a outros membros da família (63,6%); realizar serviços de jardinagem, horta e cuidados com animais domésticos (74,6%); e ser responsável direto pela organização e manutenção da casa (67,8%).

Conforme se observa na Tabela 3, 50,3% dos idosos cursaram entre dois e quatro anos de ensino formal, acompanhando o cenário nacional, em que a média de estudo é de 3,5 anos¹. Quanto ao convívio domiciliar, 9,8% dos pesquisados vivem sozinhos, 32,5% vivem com cônjuges ou companheiros, 42,4% residem com cônjuges e filhos, ou com a família dos filhos.

Tabela 3 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e escolaridade, 2011.

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Não sabe ler e escrever e não assina o nome	4	1,52	1	0,38	5	1,89
Não sabe ler e escrever, mas assina o nome	5	1,89	6	2,27	11	4,17
Tem até dois anos de escolaridade	13	4,92	12	4,55	25	9,47
Tem entre dois e quatro anos de escolaridade	76	28,79	57	21,59	133	50,38
Tem entre quatro e oito anos de escolaridade	27	10,23	23	8,71	50	18,94
Tem mais de oito anos de escolaridade	18	6,82	22	8,33	40	15,15

Observou-se que 17,8% dos idosos permanecem a maior parte do seu tempo em casa e não costuma conviver com outras pessoas que não as de sua família ou amigos próximos e vizinhos, 87,1% frequentam a igreja e/ou grupos religiosos e 21,2% referiram participar de grupos de convivência de idosos (Tabela 4).

Tabela 4 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e redes de apoio social, 2011 (n = 264).

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Frequenta a igreja e/ou grupos religiosos	134	50,75	96	36,37	230	87,12
Convive com outras pessoas em ambientes fora de casa (bares, restaurantes, casa de conhecidos ou vizinhos, clubes, academias, SESC)	101	38,26	99	37,50	200	75,76
Participa de grupo de convivência de idosos	34	12,88	22	8,33	56	21,21
Faz parte de associações, como clube de mães, entidades culturais ou filantrópicas e cooperativas agrícolas	18	6,82	13	4,92	31	11,74

Quando questionados sobre violência e maus-tratos, 66,6% dos idosos relataram não ter vivenciado nenhuma situação desse tipo. Porém, por ser um município do interior, considera-se elevado o nível de roubos sofridos: 18,1% foram roubados em casa e 6% foram roubados na rua (Tabela 5).

Tabela 5 - Sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e situações de violência e maus tratos sofridas, 2011.

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Foi roubado em casa	26	9,85	22	8,34	48	18,18
Foi roubado na rua	3	1,14	13	4,92	16	6,06
Foi forçado a realizar alguma atividade que não queria realizar	3	1,14	9	3,41	12	4,55
Sente-se abandonado ou excluído pelos familiares	9	3,41	9	3,41	18	6,82
Sente-se abandonado ou excluído pela sociedade	4	1,52	6	2,28	10	3,80

Com relação ao saneamento básico, 43,1% dos domicílios apresentaram abastecimento de água provida pelo serviço estadual (CASAN - Companhia Catarinense de Águas e Saneamento) e 47,7% obtinham água de poço ou nascente. A grande maioria das residências dos idosos (90,9%) tem como destino do esgoto o sistema de fossa e 82,9% recebiam o serviço municipal de coleta de lixo.

A maior parte (94,7%) dos idosos morava em residência própria e com quarto privativo para a pessoa ou o casal. Com relação às características das casas, 97,7% tinham boa iluminação, em 7,9% das casas o banheiro era fora da parte principal, 43,1% apresentavam degraus ou escadas, 6,8% tinham pisos irregulares ou escorregadios, e 54,1% possuíam tapetes nos diversos ambientes da casa.

Conforme se verifica na Tabela 6, 82,2% dos idosos relataram terem sido diagnosticados com alguma doença ou problema de saúde, sendo a hipertensão arterial a mais citada (52,6%) entre os pesquisados.

Tabela 6 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e problemas de saúde apresentados, 2011 (n = 264).

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Hipertensão Arterial	85	32,20	54	20,46	139	52,66
Depressão	33	12,50	16	6,06	49	18,56
Doenças cardíacas	16	6,06	25	9,47	41	15,53
Reumatismo	24	9,10	9	3,41	33	12,51
Artrose	24	9,09	5	1,90	29	10,99
Diabetes Mellitus	18	6,82	11	4,16	29	10,98
Osteoporose	18	6,82	4	1,52	22	8,34
Doenças respiratórias	8	3,03	6	2,28	14	5,31
Incontinências	6	2,27	-	-	6	2,27
Câncer	2	0,76	1	0,38	3	1,14
Problemas graves de memória	1	0,38	1	0,38	2	0,76
Doença de Parkinson	-	-	1	0,38	1	0,38
Outra doença relatada	13	4,93	16	6,06	29	10,99

Apesar da presença de comorbidades, muito frequente entre os idosos dessa amostra, boa parte deles (69,32%) mostrou-se satisfeita com a vida no último ano; 25,76% consideraram-se nem satisfeitos, nem insatisfeitos, e apenas 4,92 referiram estar insatisfeitos com a vida.

A tabela 7 refere-se às atividades executadas no cotidiano dos idosos participantes desse estudo.

Tabela 7 - Distribuição dos 264 sujeitos da pesquisa (idosos de 60 a 70 anos) do município de Rodeio/SC, segundo sexo e atividades realizadas, 2011.

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Assistir televisão	136	51,51	110	41,66	249	93,17
Escutar rádio	119	45,07	92	34,85	211	79,92
Ler jornais, revistas ou livros	110	41,67	64	24,25	174	65,92
Jogar cartas ou dominó	29	10,99	54	20,46	83	31,45
Realizar trabalhos artesanais	53	20,08	19	7,20	72	27,28
Nenhuma das anteriores	1	0,38	2	0,76	3	1,14

Entre os idosos pesquisados, 14% são fumantes e 29,1%

referiram ter sido fumantes em alguma época da vida, porém atualmente não possuem mais esse hábito. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas 56,4% não fazem uso e 23,4% consomem apenas em eventos sociais esporadicamente. Atividades físicas são praticadas regularmente por 50,6% dos idosos, e entre elas podemos mencionar principalmente o uso de bicicleta, caminhadas e ginástica.

Acerca da alimentação, os idosos relataram consumir, proporcionalmente, em suas refeições, alimentos de todos os grupos: carboidratos (91,9%), vitaminas e fibras (96,9%), proteínas (96,9%) e gorduras (81,8%). Quando questionados se consideravam sua alimentação saudável, 71,5% responderam positivamente.

Um fator importante e que tem íntima relação com os hábitos alimentares e sociais na vida do idoso é a saúde oral: 78,4% dos idosos pesquisados fazem uso de algum tipo de prótese dentária ou ponte, e desses, apenas 5,3% não estão adaptados com a prótese. Mais da metade dos idosos entrevistados (53,7%) não procurou o serviço de odontologia no último ano.

Com relação ao uso de medicamentos, 78% dos idosos fazem uso diário, tomando seus remédios sozinhos e sem esquecimento ou trocas (68,5%). As medicações consumidas podem ser observadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Percentual de idosos de 60 a 70 anos do município de Rodeio (SC), segundo sexo e tipo de medicamentos utilizados diariamente, 2011 (n = 264).

Variável	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	(%)
Antihipertensivos	87	32,96	51	19,31	138	52,27
Cardiotônicos	40	15,15	31	11,74	71	26,89
Ansiolíticos/Antidepressivos	46	17,42	20	7,58	66	25,00
Protetores gástricos	15	5,68	14	5,30	29	10,98
Analgésicos/Antiinflamatórios	20	7,58	6	2,27	26	9,85
Hipoglicemiantes	15	5,68	8	3,03	23	8,71
Antitireoideos	12	4,54	2	0,76	14	5,30
Medicamentos a base de cálcio	10	3,79	-	-	10	3,79
Broncodilatadores	5	1,90	4	1,52	9	3,42

Um número significativo de idosos (86,7%) realizou consulta médica no último ano, apresentando uma média de 3,14 consultas/ano

por idoso. Questionados sobre o acesso aos serviços de saúde mental, 14% dos idosos precisaram deste serviço, através de convênios ou serviços particulares (7,2%), ou então pelo SUS (6,8%). Quanto à hospitalização, apenas 4,9% dos idosos ficaram internados nos últimos seis meses, e 20,4% realizaram algum tipo de cirurgia nos últimos dois anos. Quanto à vacinação contra gripe, 26,1% dos idosos relataram nunca ter tomado a vacina e 67% tomam rigorosamente todos os anos.

E no que se refere ao acompanhamento domiciliar, 99,2% dos idosos deste estudo disseram receber mensalmente a visita do Agente Comunitário de Saúde em sua residência. E, além disso, 9,47% dos entrevistados receberam visita domiciliar de outros profissionais da equipe de saúde nos últimos seis meses.

DISCUSSÃO

Todos os fatores determinantes do envelhecimento ativo têm em comum a convergência na cultura e no gênero, que são considerados **determinantes transversais**. A cultura abrange todas as pessoas e populações e modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo. E através do gênero se considera a adequação de várias opções políticas, bem como o efeito dessas sobre o bem-estar de homens e mulheres⁵.

Os **determinantes econômicos** têm papel relevante sobre o envelhecimento ativo, destacando-se os fatores que o compõem: renda, proteção social e trabalho. As pesquisas realizadas junto ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) vêm mostrando que é crescente o número de idosos chefes de família, e são eles que têm mantido, com seus rendimentos (aposentadoria e pensões), a família fora dos índices mais baixos de pobreza¹¹⁻¹². As aposentadorias desempenham um papel muito importante no rendimento dos idosos, o que é mais evidenciado com o avançar da idade. Pode-se concluir que o grau de dependência das pessoas idosas está relacionado também com a sua provisão de rendas¹³.

São as idosas brasileiras, mais do que os homens, que participam de atividades na comunidade e de grupos de convivência e, contrariamente ao que costumavam fazer em sua vida adulta, passam a assumir o papel de chefes de família e de provedoras¹⁴. Pôde-se perceber que, neste estudo, a participação das mulheres também foi maior do que a dos homens.

A escolaridade do idoso, situações de violência e maus-tratos, convívio domiciliar e redes de apoio social compõem os **determinantes sociais** do envelhecimento ativo. Os maus-tratos contra idosos incluem

tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência, e tanto o combate, quanto a redução demanda uma abordagem multisetorial e multidisciplinar⁵. Este fenômeno se expressa também com agressões causadas pela própria família, abandono do idoso, perda dos direitos, preconceito e exclusão social. É preciso refletir sobre essas formas mais veladas e não menos cruéis de violência, pois os indivíduos mais velhos dificilmente relatam suas adversidades, e os profissionais que os assistem nem sempre conseguem identificar situações de agressões¹⁵.

Conforme apresentado na tabela 4, 82,2% dos idosos desse estudo disseram conviver com outras pessoas da comunidade, o que é muito importante para a criação de sua rede de apoio e suporte social. O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral, o que pode gerar isolamento social, causando um declínio de saúde física e mental⁵. A falta de apoio familiar e social também representa a causa mais frequente de institucionalização dos idosos que, embora nem sempre represente uma opção ruim, traz importantes comprometimentos à saúde física e emocional do idoso.

Na Política do Envelhecimento Ativo não apenas os aspectos sociais e de saúde têm destaque, como também os relacionados **ao ambiente físico**, em que ter acesso à água limpa, ao ar puro e à alimentação segura são considerados fatores ambientais de grande influência. Tais aspectos são fundamentais para toda a população, especialmente para os grupos populacionais mais vulneráveis, como os idosos⁵. Vale lembrar que ter acesso a um ambiente físico saudável não depende tão somente das escolhas individuais dos idosos, como está diretamente relacionado às condições de vida oportunizadas pelos governantes e aos cuidados com o meio ambiente que toda sociedade deve dispensar. No entanto, a ausência ou deficiência de algum desses implica em piores condições de vida, reduz as possibilidades de uma longevidade ampla, segura e saudável; logo, impossibilita um envelhecimento ativo.

Frente aos resultados encontrados, observou-se que se fazem necessárias algumas adaptações nos ambientes físicos de convivência dos idosos, o que pode representar a diferença entre a sua independência ou dependência, interação social positiva ou isolamento. Sabe-se que estudos apontam que a maior parte dos traumas sofridos pelos idosos acontece devido a quedas, portanto medidas de prevenção e segurança devem ser tomadas, principalmente nas situações ligadas a fatores

ambientais¹⁶.

Os resultados da presente pesquisa também apontam nessa direção, pois 30,6% dos idosos relataram ter sofrido alguma queda no último ano, sendo o local da queda principalmente o quintal ou o jardim de casa. Isto está atribuído ao fato de serem propriedades rurais, nas quais os idosos cuidam da manutenção dos pastos e plantios. Em outro estudo realizado no interior de Santa Catarina com idosos de 80 anos ou mais as quedas foram evidenciadas em 43,68% dos entrevistados¹⁷.

Além dos fatores ambientais, outro aspecto importante no envelhecimento são os **determinantes pessoais** que representam um conjunto de processos, quais sejam: problemas de saúde, fatores psicológicos e satisfação de vida, entre os quais não se podem desconsiderar as características pessoais e a predisposição genética de cada um para o desenvolvimento de determinadas doenças. Sabe-se que a genética pode estar envolvida na etiologia de doenças, porém a causa de grande parte delas é mais ambiental e externa do que hereditária⁵.

Os fatores psicológicos, que envolvem inteligência e capacidade cognitiva, são também indicadores de envelhecimento ativo e longevidade. É importante a adaptação às mudanças advindas da velhice, fazendo-se ajustes e mantendo a capacidade de resolução dos problemas⁵. É comum o declínio de algumas capacidades cognitivas ao envelhecer, o que pode ser compensado se o idoso se mantiver participativo na comunidade em que vive, criando laços e redes de apoio e suporte social. Assim, depreende-se que os determinantes pessoais envolvem, além dos aspectos biológicos, também as competências individuais de interação interpessoal e social, tão importantes para um envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida.

Assim como os aspectos pessoais são importantes, os **determinantes comportamentais** talvez sejam os mais significativos para um envelhecimento ativo, pois são eles que podem ser modificados em qualquer período e tais mudanças podem representar um ganho muito relevante. O envolvimento em atividades físicas adequadas, a alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e também o uso de medicamentos sabidamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, além de aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo⁵. A prática de exercícios físicos, além de promover saúde, pode ter influência positiva sobre a autoestima dos idosos, um fator determinante para que eles tenham motivação para manter um comportamento ativo na comunidade em que vivem¹⁸.

Sabe-se que as pessoas envelhecem da mesma forma como viveram, porém nada as impede de mudar hábitos de vida ou

comportamentos; tudo irá depender da motivação para tal e do suporte e acesso que encontram, principalmente nos serviços de saúde. Para muitos, o processo de envelhecimento e, especialmente, a saída do mundo do trabalho oportuniza a descoberta de novos interesses e habilidades. Tudo isso ocorre de forma mais frequente quando o idoso possui uma rede de apoio familiar e/ou em sua comunidade que estimule a adoção de novos hábitos de vida, ou mesmo a modificação de alguns fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo. Os idosos costumam escolher suas metas, e as formas de interação com essa rede de apoio para poder otimizar os recursos de que dispõem¹⁹.

E os **serviços sociais e de saúde** precisam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao acesso equitativo aos cuidados de qualidade para, então, promover o envelhecimento ativo. Pode-se identificar tal determinante através do acesso às consultas médicas, assistência domiciliar, participação em grupos terapêuticos, fornecimento de medicamentos pela rede pública, vacinação, serviços curativos e de saúde mental.

O contexto domiciliar é também um espaço de cuidado e promoção da saúde, no qual a equipe de saúde pode exercer um importante papel, estabelecendo parcerias através da interação com os familiares dos idosos e de sua extensão, nas relações comunitárias e com a rede de apoio. Neste estudo a grande maioria dos idosos está recebendo mensalmente a visita do agente comunitário de saúde em seu domicílio, porém a visita dos demais profissionais da equipe de saúde ainda apresenta uma baixa cobertura.

O cuidado familiar pode ser complementado através do apoio às famílias no desempenho das atividades de cuidado ao idoso, o que pode incluir orientações, treinamento e apoio psicológico, podendo variar de acordo com as necessidades do idoso e/ou família. Este apoio tem o intuito de substituir ou amenizar o trabalho realizado pelas famílias, o qual, muitas vezes, ocorre em condições precárias e de conflito. As políticas e programas de cuidado formal domiciliar ainda são insuficientes no Brasil, embora esse serviço esteja previsto na legislação²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos neste estudo, verificou-se que o instrumento de avaliação dos determinantes do envelhecimento ativo constituiu uma importante ferramenta de pesquisa, permitindo identificar os fatores que representam o envelhecimento ativo na parcela

da população idosa estudada em Rodeio (SC).

Ao utilizá-lo pudemos perceber o bom desempenho dos sujeitos pesquisados nos fatores determinantes, tais como: realização de atividades físicas adequadas, alimentação saudável, formação de redes de apoio social, abstinência de fumo e álcool, uso correto de medicamentos, acesso aos serviços de saúde e informações. Tais resultados nos permitem dizer que o grupo de idosos estudados apresentou comportamentos bastante saudáveis que, possivelmente, influenciaram no alcance de sua longevidade e qualidade de vida.

Sabemos que as pessoas envelhecem de formas diferentes, e, com base nos dados encontrados no presente estudo, pode-se concluir que apesar de nem todos os idosos terem obtido uma avaliação positiva em cada domínio do instrumento, em uma visão geral apresentaram-se ativos. A maioria (90,91%) dos idosos participava ativamente na comunidade e realizava algum tipo de trabalho não remunerado, o que só foi possível porque tiveram um processo de envelhecimento ativo oportunizado por seus comportamentos e seu contexto social.

Os resultados obtidos neste estudo levaram-nos a perceber que a equipe de saúde tem maior governabilidade sobre alguns fatores determinantes do envelhecimento ativo, como os determinantes comportamentais, que podem ser modificados mediante orientações e programas de educação em saúde. Vale lembrar que, mesmo que essa transformação aconteça em idade mais avançada, tais mudanças podem representar um ganho muito relevante na vida da pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRA). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas; 2000.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRA). Indicadores sociais. [acesso em 2012 jan. 10]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtm
3. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência saúde coletiva*. 2004 jun; 9 (2): 423-32 [acesso em: 2011 dez 21]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232004000200018&lng=pt&nrm=iso

4. Schier J. Hospital-dia geriátrico: subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina– Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.

5. Organização Pan-Americana de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

6. Farias RG. Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.

7. Organização Mundial de Saúde. Divisão de saúde mental - Grupo WHOQOL; 1994.

8. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. Cad saúde pública. 2011. [acesso em: 2011 dez 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=pt&nrm=iso

9. Nassar SM, Wronski VR, Ohira M et al. SestatNet- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis - SC, Brasil. [acesso em: 2011 abr 02]. Disponível em: <http://www.sestat.net>

10. Vicente FR. Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2012.

11. Camarano AA, organizador. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA; 1999.

12. Camarano AA. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Rio de Janeiro: IPEA; 2001.

13. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma

contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.

14. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro: IPEA; 2006.

15. Paixão Jr CM, Rocha SM. Violência doméstica contra idosos. In: Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.1324-34.

16. Biazin DT, Rodrigues RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. Rev escola enferm USP. 2009 set; 43 (3): p. 602-8.

17. Farias RG, Santos, SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(1): p.167-76.

18. Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2011; 16(11): p. 18-24.

19. Neri AL. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. Temas psicol. 2006; 14(1): p.17-34.

20. Camarano AA, organizador. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. 350 p.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política do Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005) foi um dos frutos da Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento que definiu diretrizes para orientar as políticas públicas relativas à população idosa no século XXI. Tal política teve como proposta a otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança para todas as pessoas ao longo do seu processo de viver, como forma de viabilizar uma velhice segura, participativa e com qualidade de vida.

A implementação dessa Política representa um desafio para todas as nações, no entanto, talvez seja uma das formas de garantir que uma grande parte (ou a maioria) das pessoas chegue à velhice ativa e possa se manter assim ao longo de seu envelhecimento, independente de sua saúde física.

Sabe-se que a implementação dessa Política não visa apenas à população idosa hoje assistida, mas sim a toda a população, pois almeja melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Porém, para que se possa conhecer o perfil das pessoas segundo todos os aspectos que compõem os determinantes do Envelhecimento Ativo é preciso que se tenha um instrumento que aborde os principais componentes de cada determinante.

Desenvolver um instrumento de pesquisa é um trabalho intenso, que exige a aplicação de um método rigoroso e empenho do pesquisador. É preciso que o objetivo do instrumento e seus conceitos estejam bem definidos. Nesse sentido, o presente estudo buscou contribuir com a construção do conhecimento ao dar continuidade aos estudos de Farias (2010), que ousou ao criar um *checklist* com vistas a poder avaliar os fatores determinantes do envelhecimento ativo, contemplando as dimensões apresentadas na Política de Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005). Ressaltamos que a intenção de Farias não foi a de elencar todos os itens envolvidos na Política, mas, sim, abordar os aspectos mais representativos de cada dimensão.

Frente ao objetivo do estudo ora apresentado, que foi realizar a validação de conteúdo do instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo, proposto por Farias (2010), em idosos de 60 a 70 anos, pode-se afirmar que o mesmo demonstrou possuir características teóricas que representam todas as dimensões do envelhecimento ativo. A avaliação dos juízes permitiu identificar a adequação do instrumento quanto à validade de conteúdo e à

compreensão dos itens. Após a análise do parecer dos juízes, foram realizadas modificações na estrutura e conteúdo de algumas questões do instrumento e alguns itens foram excluídos ou fundidos em seu conteúdo, e outros foram acrescentados.

A partir dessas modificações, o instrumento foi aplicado junto à população idosa e puderam-se então identificar que alguns itens ainda precisam ser aprimorados para facilitar a compreensão de seu objetivo. Portanto, recomenda-se a realização de mais estudos junto a outros segmentos etários, em outros contextos, utilizando essa última versão do instrumento a fim de ser possível comparar os resultados obtidos e realizar mais testes estatísticos para confirmação dos resultados.

Após o término dessa etapa de validação de conteúdo pôde-se responder à pergunta de pesquisa que motivou esse estudo, considerando o instrumento de enfermagem para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo um instrumento com validade de conteúdo tanto para o uso em pesquisas quanto na prática assistencial.

A realização desse trabalho permitiu que a pesquisadora pudesse mergulhar na temática do envelhecimento ativo e ampliar seu olhar também no tocante ao cuidado do idoso. Com a aplicação do instrumento aos 264 idosos e a compilação de todos esses instrumentos no banco de dados, consegui me aproximar um pouco mais da realidade vivenciada por esses idosos e seus desafios em busca de uma melhor qualidade de vida.

Como o instrumento de pesquisa abrange itens referentes à vida pessoal dos idosos, alguns se mostraram receosos com o objetivo da pesquisa e a forma de divulgação dos dados. Entretanto, no desenrolar da conversa e da apresentação, sentia-se que os mesmos ficaram mais a vontade e felizes em poder participar do estudo. Ao final dos questionamentos muitos perguntaram se retornaríamos para realizar outras pesquisas e se colocaram à disposição para participar.

O processo de análise dos dados também requereu um grande esforço pessoal, pois como a pesquisadora não tinha domínio da área de estatística, foi um desafio a utilização de alguns testes. Essa dificuldade foi suprida pelo embasamento fornecido, na estruturação do projeto, pela disciplina do curso de Mestrado “Metodologia da Pesquisa Quantitativa” e complementado com o apoio oferecido pelos profissionais do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA/UFSC) durante toda fase de análise de dados. Em minha trajetória acadêmica, estava mais bem familiarizada com a pesquisa qualitativa, portanto considero que este desafio de trabalhar com pesquisa quantitativa

contribuiu também para ampliar meus conhecimentos e abrir novas possibilidades de estudo.

Vale salientar que, como todo estudo, esse também teve algumas limitações. Uma limitação a ser destacada é o fato de ter sido realizada somente a validação de conteúdo deste instrumento, fazendo-se necessário conhecer as demais propriedades psicométricas do instrumento, a partir de outras etapas de validação, como a confiabilidade e consistência interna.

Conclui-se que, com a validação do instrumento de Farias (2010), foi possível contribuir para construção do conhecimento na área da enfermagem gerontológica, tanto no que se refere à pesquisa, quanto à assistência ao idoso. Isso ocorreu porque está se disponibilizando um instrumento validado que permite fazer a avaliação multidimensional dos aspectos mais representativos da Política do Envelhecimento Ativo (OPAS, 2005).

No campo da assistência, almeja-se um cuidado de qualidade ao idoso, com profissionais preparados e capacitados, visando não apenas um atendimento pontual, mas também que considere sua singularidade no planejamento e desenvolvimento das ações de promoção de saúde. Com o uso deste instrumento de avaliação, o profissional enfermeiro, como membro da Equipe de Saúde da Família, pode traçar um perfil de cada idoso e, junto com ele, planejar seus cuidados, tendo a possibilidade de buscar e implementar estratégias de incentivo ao envelhecimento ativo nas suas práticas de cuidado junto à população idosa.

Na área da pesquisa, espera-se que novos estudos possam dar continuidade ao até aqui trabalhado e, quiçá, conseguir-se, num futuro próximo, o desenvolvimento de uma escala de avaliação que aborde de forma sintética os fatores mais significativos de cada dimensão do Envelhecimento Ativo, podendo assim mensurar como cada indivíduo está frente a estes determinantes.

Finalizando-se, pode-se dizer que ainda necessitamos de investimentos na área da formação profissional de tal forma que os enfermeiros e demais profissionais da área da saúde saiam das universidades com os conhecimentos necessários para prestar uma assistência ao idoso de qualidade e fundamentada em princípios teórico-científicos e metodológicos.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. et al. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.557-581, jul./set. 2004.

BARROS, M. B. A., et al. Social inequalities in health among the elderly. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 dez. 2011.

BLAZIN, D. T.; RODRIGUES, R. A. P. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.3, p. 602- 608, set. 2009.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**. Brasília: MS, 1994.

_____. Decreto nº. 1.948. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

_____. Portaria nº. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. **Política nacional de saúde do idoso**. Aprova a política de saúde do idoso, Brasília: MS, 1999.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**, 3 de outubro de 2003. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa

idosa: PNSI. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política nacional de saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. **Lex**: Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/port2048-09.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

_____. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

_____. **Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006.

_____. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. 350 p.

CARDOSO, G. A.; CARDOSO, M. D. T. Avaliação Funcional em Idosos na Estratégia Saúde da Família. **Cadernos UNIFOA**, Volta Redonda, Rio de Janeiro, ano III, ed. esp., out. 2008. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/especiais/pmvr/17pdf> Acesso em: 19 dez. 2011.

CUMMINGS, S.R. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2.es. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FARIAS, R. G. **Qualidade de vida e envelhecimento ativo em idosos mais idosos residentes na comunidade**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, 2010.

FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.1, p.167-176, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas, 2000.

_____. **Indicadores sociais**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais_tab_uf_zip.shtml. Acesso em: 10 jan. 2012.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **Boletim Instituto de Saúde**, São Paulo, SP, n. 47, p.4-8, abr. 2009.

MATA, L. R. F.; CARVALHO, E. C.; NAPOLEÃO, A. A. Validação por peritos de intervenções de enfermagem para a alta de pacientes

submetidos à prostatectomia. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, n.20 (esp), p. 36-44, 2011.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.1209-1218, jul. - ago. 2008.

MEURER, S. T.; BENEDETI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, n. 16, v.11, p. 18-24, 2011.

NASSAR, S. M.; WRONSCKI, V. R.; OHIRA, M., et al. **SEstatNet**- Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.sestat.net>>. Acesso em: 02 abr. 2011.

NERI, A. L.; O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas psicol**, v.14, n.1, p.17-34, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Divisão de saúde mental** - Grupo WHOQOL. 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde/World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PAIXÃO J. R.; C. M.; ROCHA, S. M. Violência doméstica contra idosos. In: FREITAS, E. V., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1324-1334.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 99-106.

PASQUALI, L. **Técnicas de exame psicológico**: TEP manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2011.

PERRACINI, M. R. Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In: FREITAS, E. V., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1311-1323.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Medições e qualidade dos dados**. In: Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 407-426

RODEIO. Prefeitura Municipal de Rodeio. **Conheça a história de Rodeio**. Disponível em: <<http://www.rodeio.sc.gov.br/conteudo/?item=11378&fa=8365>>. Acesso em: 18 set. 2011.

SCHIER, J. **Hospital Dia-Geriátrico**: subsídios para conformação desse serviço no sistema público de saúde brasileiro. 2010. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 24, v. 6, p. 778-783, 2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**: um desafio que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Carta de Apresentação aos Peritos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE

CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS PERITOS

Prezado Prof. Dr. _____ ,

Estamos desenvolvendo um estudo em nível de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, que tem como título: “VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO MULTIDIMENSIONAL PARA AVALIAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO”. Esse estudo tem por objetivo validar um instrumento capaz de mensurar os fatores determinantes do envelhecimento ativo, baseado na Política do Envelhecimento Ativo, lançada em 2005 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em contribuição para a 2ª Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento.

O instrumento que estamos propondo validar foi desenvolvido por Farias (2010) em sua dissertação de mestrado junto ao Grupo de Estudos sobre Cuidados em Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC. Assim, numa proposta de continuidade aos estudos desenvolvidos pelo GESPI e com o intuito de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da gerontologia é que desejamos validar esse instrumento. Para tanto, solicitamos sua preciosa colaboração no sentido de analisar os itens do instrumento quanto:

- a forma de apresentação do instrumento;
- a facilidade de leitura;

- a compreensão e clareza dos itens; e
- a pertinência conceitual (abrangência do conteúdo) referente ao envelhecimento ativo.

Por favor, leia atentamente cada item do instrumento e emita seu parecer e possíveis sugestões, conforme orientações. Solicitamos um prazo de 30 dias, a partir da data de hoje, para retorno dos pareceres.

Sua colaboração é de extrema importância para a continuidade do estudo.

Agradecemos sua atenção,

Florianópolis, 18 de dezembro de 2010.

Profa. Dra. Silvia M. A. dos Santos
Orientadora

Enf. Fernanda Regina Vicente
Mestranda

APÊNDICE B - INSTRUMENTO APÓS VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO ENVELHECIMENTO ATIVO

- ✓ Este instrumento tem o propósito de averiguar a presença de fatores de envelhecimento ativo entre as pessoas com 60 anos ou mais. Será aplicado junto à população idosa.
- ✓ Todas as perguntas deverão ser respondidas, em caso de dúvida na escolha das opções, oriente que escolha a alternativa que lhe parece mais apropriada.

DATA: _____ **Número do instrumento:** _____

I – IDENTIFICAÇÃO: GÊNERO E CULTURA

Idade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Cor: () branca () negra () parda

() amarela () indígena () outra

Religião: () católica () evangélica () espírita

() nenhuma () outra

Descendência: () alemães () italianos () asiáticos

() outra () não sabe informar

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo

() divorciado/separado () união estável

II - DETERMINANTES ECONÔMICOS

01. Sua profissão é/era: _____

02. Sua ocupação é: _____

03. Renda mensal:

(1 salário mínimo = R\$ 545,00)

1 () Menos de 1 salário mínimo

2 () Entre 1 e 3 salários mínimos

3 () Entre 3 e 5 salários mínimos

4 () Mais de 5 salários mínimos

04. Benefícios sociais:

- 1 () não recebe benefícios sociais
- 2 () aposentadoria
- 3 () previdência privada
- 4 () fundo de pensão (autônomos, militares e bancários)
- 5 () auxílios sociais (bolsa família; auxílio gás; vale alimentação e outros)
- 6 () recebe dois ou mais dos benefícios acima relacionados

05. Quanto à realização de trabalhos não remunerados em casa e serviços voluntários**Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário**

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

III - DETERMINANTES SOCIAIS**06. Quanto à escolaridade e à 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 a maus tratos**Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário**

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

08. Quanto ao convívio no domicílio

- 1 () mora sozinho
- 2 () mora com o cônjuge ou companheiro(a)
- 3 () mora com companheiro e filhos
- 4 () mora com companheiro, filhos e netos
- 5 () mora sem companheiro, com a família de um filho ou filha
- 6 () mora com outros familiares
- 7 () mora com estranhos
- 8 () mora com um(a) profissional remunerado(a)

09. Redes de apoio social**Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário**

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

IV - 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, na qual só mora o idoso ou casal
- 6 () casa alugada pelo idoso ou casal e dividida com outros familiares

13. Condições da casa onde mora:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () bem iluminada
- 2 () com pisos irregulares e escorregadios
- 3 () presença de degraus ou escadas
- 4 () presença de tapetes
- 5 () tem muitos móveis nos quais é fácil bater ou tropeçar
- 6 () tem animais que andam soltos dentro da casa
- 7 () tem animais que andam soltos fora da casa
- 8 () o banheiro é fora da parte principal da casa
- 9 () nenhuma das anteriores

14. Você sofreu alguma queda no último ano?

- 1 () sim
- 2 () não

Se sim prossiga para a próxima questão.

Se a resposta for não passe para questão 16.

15. Considerando sua última queda onde você caiu?

- 1 () caiu no quarto
- 2 () caiu no banheiro
- 3 () caiu em outro(s) cômodo(s) da casa
- 4 () caiu no quintal ou no jardim da casa
- 5 () caiu ao andar na rua, nos arredores da casa
- 6 () caiu ao andar pela cidade
- 7 () outros

V - DETERMINANTES PESSOAIS

16. Algum médico disse que o/a senhor/a tem alguma/s das seguintes doenças ou problemas de saúde?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () nenhuma doença relatada pelo idoso
- 2 () incontinências (urinária; fecal; mistas)
- 3 () problemas do coração (insuficiência cardíaca, coronariopatias e

infarto).

- 4 () diabetes
- 5 () pressão alta (hipertensão arterial)
- 6 () câncer
- 7 () doença de Parkinson
- 8 () problemas de memória grave, esquecimentos importantes (Doença de Alzheimer; Demência vascular; demência inespecífica)
- 9 () artrose
- 10 () reumatismo (Artrite reumatóide)
- 11 () osteoporose
- 12 () doenças respiratórias (asma, bronquite, insuficiência respiratória)
- 13 () depressão
- 14 () outra (nenhuma das anteriores)

17. Como é o seu grau de satisfação com a vida no último ano?

- 1 () muito satisfeito
- 2 () satisfeito
- 3 () nem satisfeito nem insatisfeito
- 4 () insatisfeito
- 5 () muito insatisfeito

18. Entre os itens a seguir selecione as atividades que o/a senhor/senhora executa:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () jogar cartas ou dominó
- 2 () ler jornais, revistas ou livros
- 3 () realizar trabalhos artesanais
- 4 () assistir televisão
- 5 () escutar rádio
- 6 () nenhuma das anteriores

VI - DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS

19. Consumo de cigarros:

- 1 () nunca fumou
- 2 () já fumou, mas parou de fumar há ____anos.
- 3 () Fuma menos de 5 cigarros por dia
- 4 () Fuma uma carteira de cigarros por dia (1 carteira = 20 cigarros)
- 5 () Fuma mais de uma carteira de cigarros por dia

20. Pratica atividades físicas?

1 () Sim 2 () Não

Caso tenha respondido sim, responda aos itens 21, 22 e 23.

Se respondeu não, vá para o item **24**.

21. Qual ou quais atividade(s) física(s) o(a) senhor(a) pratica?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

1 () Caminhada

2 () Ginástica

3 () Bicicleta

4 () Hidroginástica/Natação

5 () Dança

6 () Outra. Qual? _____

22. Quantas vezes por semana o senhor(a) pratica atividades físicas?

1 () 1 ou 2 vezes na semana

2 () 3 ou 4 vezes na semana

3 () de 5 a 7 vezes na semana

23. Por quantos minutos por dia o(a) senhor(a) pratica atividades físicas?

1 () menos de 30 minutos

2 () de 30 a 60 minutos

3 () mais de 60 minutos

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

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

1 () pães, bolos, bolachas, massas, farinhas (carboidratos)

2 () frutas, legumes e verduras (vitaminas e fibras)

3 () ovos, carne, nozes, leite, iogurte, queijo (proteínas)

4 () manteiga, margarina, azeite, embutidos, lingüiça, sobremesas, BAlas, doces e outros (gorduras)

25. Quanto à dieta:

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

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

26. Saúde oral:

- 1 () você tem dentes naturais, não usa dentadura e não tem nenhuma ponte fixa ou móvel.
2 () Tem dentes naturais e usa ponte móvel ou fixa
3 () Usa prótese total (dentadura) em uma das arcadas e tem dentes naturais na outra
4 () Usa prótese total (dentadura) numa das arcadas e não tem nenhum dente natural na outra
5 () Usa prótese total (dentadura) nas duas arcadas

Caso não utilize prótese ou ponte passe para a questão 28.

27. Para os que usam prótese ou dentadura: Sua dentadura ou ponte machuca ou cai?

- 1 () Sim 2 () Não

28. Foi ao dentista no último ano? Quantas vezes?

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

29. Quanto ao consumo de bebida alcoólica. Com que frequência você toma 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

Caso não haja o consumo de bebida alcoólica passe para a questão 31

30. Quando você bebe quantas doses de bebida alcoólica costuma tomar?

- 1 () 1 ou 2
2 () 3 ou 4

- 3 () 5 ou 6
- 4 () 7, 8 ou 9
- 5 () 10 doses ou mais

31. Sobre o uso de medicamentos: Você toma remédios diariamente?

- 1. () Sim
- 2. () Não

-> **Caso não utilize medicamentos diários passe para a pergunta 35.**

32. Se sim, quantos medicamentos você toma por dia?

- 1 () 1 ou 2
- 2 () 3 ou 4
- 3 () 5 a 7
- 4 () 8 ou mais

33. Como você toma os seus remédios?

- 1 () faz uma lista dos remédios e horários que deve tomar, marcando 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

34. Liste ou apresente os medicamentos que você toma diariamente

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () Medicamentos para pressão (antihipertensivos - Ex.: Enalapril, Captopril, Hidroclorotiazida, Atenolol)
- 2 () Medicamentos para diabetes (hipoglicemiantes orais e insulinas - Ex: Metformina, Glibenclamida)
- 3 () Medicamentos para o coração (cardiotônicos - Ex: Digoxina, Diltiazem, Nifedipino)
- 4 () Medicamentos para dormir ou de nervos/calmantes/depressão (Ex: Fluoxetina, Clonazepam, Diazepam)
- 5 () Medicamentos para dores musculares e inflamação (Ex: Paracetamol, Dipirona, Cataflan, Nimesulida)
- 6 () Medicamentos para os pulmões (broncodilatadores - Ex: Salbutamol, Aminofilina)
- 7 () Medicamentos para o estômago (protetores gástricos - Ex: Omeprazol, Pantoprazol, Ranitidina)
- 8 () Medicamentos para a tireóide (Ex: Puran – Levotiroxina)

9 () Medicamentos para os ossos (Ex: À base de cálcio)

Dúvidas do entrevistador:

VII - SERVIÇOS SOCIAIS E DE SAÚDE

Quanto à promoção da saúde:

35. Quantas vezes o(a) senhor(a) foi ao médico no último ano? _____ vezes.

36. Caso não tenha ido a nenhuma consulta médica no último ano, isso foi porque:

1 () Não precisou

2 () Preciso mas não quis ir

3 () Preciso mas não pode ir

4 () Preciso mas não consegui uma consulta

37. Visitas domiciliares nos últimos 6 meses

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

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

-> Apenas para os que têm hipertensão e/ou diabetes. Caso não tenha passe para questão 40.

38. Participa de algum grupo de controle de hipertensão e/ou diabetes?

1 () Sim

2 () Não

39. Consegue remédios para controle de hipertensão e/ou diabetes na rede pública de saúde (Posto de Saúde)?

1 () Sim e vou buscar pessoalmente

- 2 () Sim e alguém vai buscar para mim
3 () Sim, mas compro na farmácia (prefere não pegar no posto de saúde)
4 () Não
5 () Não utilizo/tomo medicações

40. Quanto à vacinação contra gripe

- 1 () toma todos os anos
2 () já tomou alguma vez e não quer tomar mais
3 () nunca tomou

Quanto aos serviços curativos:

41. O(a) senhor(a) precisou ser hospitalizado nos últimos 6 meses?

- 1 () Sim. Quantas vezes? _____
2 () Não

42. O(a) senhor(a) precisou fazer alguma cirurgia nos últimos 2 anos?

- 1 () Sim. Quantas? _____
2 () Não

43. Nos últimos 6 meses, o(a) senhor(a) recebeu assistência das seguintes fontes?

Assinale todas as alternativas que couberem/que julgar necessário

- 1 () pastoral da saúde
2 () pastoral do idoso
3 () pessoas leigas contratadas para cuidar
4 () pessoas leigas voluntárias para cuidar
5 () nenhuma das anteriores

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

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

APÊNDICE C: 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

Meu nome é Fernanda Regina Vicente e sob orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos estamos desenvolvendo a pesquisa de mestrado “*Validação de Instrumento Multidimensional de Enfermagem para o Envelhecimento Ativo*”. Essa pesquisa tem por **objetivo** validar (testar) um questionário que se propõe a avaliar os determinantes do envelhecimento ativo, desenvolvido por Farias (2010). Para o desenvolvimento desse estudo, será realizada uma entrevista com a aplicação deste questionário ao senhor(a). O Sr (a) não estará correndo nenhum risco decorrente de estar participando desta pesquisa, como também não obterá qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa. Se o Sr(a) tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo pode entrar em contato com as pesquisadoras. Se o Sr (a) estiver de acordo em participar, posso garantir que todas as informações fornecidas serão confidenciais e tratadas com o máximo respeito. O anonimato e sigilo serão garantidos durante toda a pesquisa e divulgação dos resultados no meio acadêmico e em publicações científicas. Lembrando que sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento sem prejuízo.

Para qualquer esclarecimento, poderá procurar a mestranda e enfermeira Fernanda Vicente, na Unidade de Saúde do Bairro Rodeio 12, das 08h:00min às 16:h00min ou sua orientadora, professora Silvia M^a Azevedo dos Santos, pelos telefones a seguir relacionados.

Profª Dra. Silvia Mª Azevedo dos Santos – Pesquisadora Responsável
Fones: (48) 3721-9480 / (48) 9608-6836

Mestranda Fernanda Regina Vicente – Pesquisadora Principal
Fones: (47) 3384-3258 / (47) 9953-0601

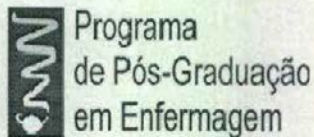
Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “*Validação de Instrumento Multidimensional de Enfermagem para o Envelhecimento Ativo*” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura participante: _____

RG: _____

Rodeio, _____ / _____ / _____.

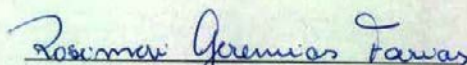
**APÊNDICE D – Autorização da autora do instrumento de pesquisa
para validação de conteúdo**



AUTORIZAÇÃO

Eu, Rosimeri Geremias Farias, autorizo a utilização do Instrumento de Avaliação Multidimensional do Envelhecimento Ativo, para fins de validação de conteúdo, na Dissertação de Mestrado intitulada: “Validação de conteúdo de um instrumento para avaliação multidimensional do envelhecimento ativo”, desenvolvida por Fernanda Regina Vicente, sob orientação da Prof^a Dr^a Silvia Maria Azevedo dos Santos.

Florianópolis, 09/11/2010.


Rosimeri Geremias Farias

ANEXOS

ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE FARIAS (2010)**QUESTIONÁRIO DE VERIFICAÇÃO DE FATORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO**

Este questionário tem o 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 último ano

1 () foi 1 vez ao dentista no último ano

2 () foi 2 vezes ao dentista no último ano

3 () foi 3 vezes ou mais ao dentista no último ano

4 () não foi ao dentista no último 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 último ano

2 () esteve internado 1 ou 2 vezes no último ano

3 () esteve internado mais de 3 vezes no último ano.

32. Procedimentos cirúrgicos

1 () não realizou cirurgias no último ano

2 () realizou 1 cirurgia no último ano

3 () realizou mais de 1 cirurgia no último 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

**ANEXO 2 – TÁBUA DE VALORES DA AMOSTRA DO ESTUDO
(CALCULADA PELO PROGRAMA SESTATNET)**

		Amostragem																	
		Aleatória Simples : sem reposição																	
Tamanho da população :	848																		
Tamanho da amostra :	264																		
Valores aleatórios obtidos (sem reposição):																			
1	8	15	16	17	20	21	24	29	30	33	43	49	50	60	61	64	65	67	71
78	86	90	91	99	104	105	114	115	116	118	121	124	126	128	129	136	140	141	143
146	151	153	154	156	157	159	161	169	171	172	175	180	183	185	188	189	190	193	198
200	202	206	207	209	217	219	220	221	225	232	238	241	242	243	245	246	251	253	257
260	264	265	268	269	271	275	276	278	281	287	290	292	298	300	301	302	304	305	311
314	315	318	322	326	327	328	329	339	340	341	342	343	348	354	360	361	364	368	370
374	376	378	380	384	388	390	401	402	410	415	420	421	433	437	440	441	442	445	450
451	452	453	459	463	465	466	467	472	473	476	477	478	489	492	493	495	500	503	504
510	511	514	516	519	523	526	529	530	531	535	536	548	552	553	555	562	566	576	577
580	584	586	589	590	593	595	597	598	599	600	603	610	611	612	614	617	619	621	624
628	629	635	636	637	640	646	648	656	659	664	666	671	681	682	683	684	685	688	689
690	696	700	709	713	718	719	723	724	725	726	735	736	738	745	748	751	752	753	761
764	766	770	771	773	774	780	782	790	795	798	800	804	805	814	815	818	824	826	830
832	834	838	845																

ANEXO 3 – Certificado de Aprovação do COMITÊ DE ÉTICA (UFSC)

Certificado

Página 1 de 1



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

CERTIFICADO Nº 1096

O Comitê de Ética em Pesquisa com 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 contido 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: 1096 FR: 382722

TÍTULO: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE ENFERMAGEM E SAÚDE PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

AUTOR: Silvia Maria Assis dos Santos, Fernanda Regina Vicente

FLORIANÓPOLIS, 13 de Janeiro de 2011.

Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO 4 - INSTRUÇÃO AOS AUTORES: REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada bimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por até cinco autores, sendo enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob suas inteiras responsabilidades, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

A Acta Paulista de Enfermagem edita o artigo no idioma inglês, na versão online. Somente quando o artigo for aprovado para publicação os autores deverão providenciar a tradução para o inglês.

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada (no texto do artigo) a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, sendo que estes documentos devem estar anexados como documentos complementares.

Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. O número de figuras e/ou tabelas/quadros não deve exceder a 5 (cinco). O número de referências não deve exceder a 35. **Caso estas normas não sejam atendidas o artigo será, sumariamente, devolvido.**

O manuscrito deve estar organizado segundo uma das seções descritas abaixo.

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescentados a esta estrutura.

Artigos de Revisão: destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

Relato de experiência: destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

Atualização: destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

Resenhas: revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Cartas ao editor - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do(s) autor(es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores.

Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de isenção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: Modelos de Cartas.

Caso esta norma não seja atendida o artigo será, sumariamente devolvido.

Revisão dos consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão

encaminhados para análise e avaliação de dois consultores (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Apresentação dos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo, se houver, com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

Referência do artigo - o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária

estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2008 disponível no endereço eletrônico www.icmje.org O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser apresentados sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos citados no endereço: <http://www.unifesp.br/denf/acta/>

Envio dos manuscritos

Os artigos deverão, obrigatoriamente, ser submetidos por via eletrônica, de acordo com as instruções publicadas no site <http://submission.scielo.br/index/ape/index>

ANEXO 5 - INSTRUÇÃO AOS AUTORES: Revista TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM



INSTRUÇÕES
AOS
AUTORES

ISSN 0104-0707 *versão
impressa*

ISSN 1980-265X *versão online*

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, elege-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 à 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.jped.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 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 as 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 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 sequência 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 15 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 sequência. 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 sequência 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.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial 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.¹⁻⁵

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹, entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

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".^{1:30-31}

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

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

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. 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>

MODELO

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

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

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\$ 300,00 por artigo a ser pago da seguinte forma.

No encaminhamento inicial efetuar o pagamento de uma **taxa de submissão** no valor de R\$80,00.

Caso o manuscrito seja aceito, efetuar o restante do pagamento da **taxa de publicação**:

- R\$ 120,00 para assinantes (se todos os autores forem assinantes)
- R\$ 220,00 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.

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados para a **Texto & Contexto Enfermagem**, em 1 via impressa, juntamente com o CD ROOM gravado para o seguinte endereço:

Revista Texto & Contexto Enfermagem

Pós-Graduação em Enfermagem

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Reitor João David Ferreira Lima - Trindade - Florianópolis

Santa Catarina - Brasil - CEP 88040-970

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.
9. Manuscrito com número de páginas limite, de acordo com a categoria do artigo.
10. Cópia do comprovante de pagamento na submissão do manuscrito.