

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM

ALINE DA SILVA COSMO RUBIA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS ATENDIDAS PELO  
PROJETO DE EXTENSÃO SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO  
IDOSO-EMESCAM**

VITÓRIA  
2009

ALINE DA SILVA COSMO RUBIA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS ATENDIDAS PELO  
PROJETO DE EXTENSÃO SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO  
IDOSO-EMESCAM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do título de Fisioterapeuta.

Orientadora: Valquiria Cuin Borges

Co-orientadora: Tânia M<sup>a</sup> Bigossi do Prado

Vitória  
2009

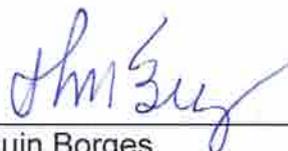
ALINE DA SILVA COSMO RUBIA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSAS ATENDIDAS PELO  
PROJETO DE EXTENSÃO SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DO  
IDOSO-EMESCAM**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Fisioterapeuta.

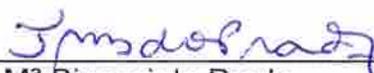
Aprovada em 03 de dezembro de 2009.

COMISSÃO EXAMINADORA:



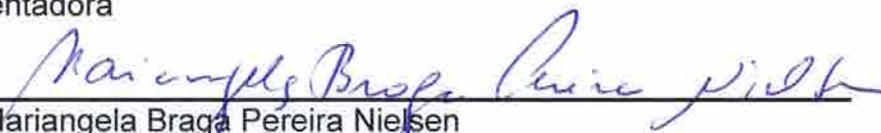
---

Prof<sup>a</sup> Valquiria Cuiin Borges  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora



---

Prof<sup>a</sup> Tânia Mª Bigossi do Prado  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Co-orientadora



---

Prof<sup>a</sup> Mariangela Braga Pereira Nielsen  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM



---

Prof<sup>o</sup> Dalger Eugenio Melotti  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

Dedico este trabalho as participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso/EMESCAM. Espero que a saúde a qualidade de vida de vocês só melhorem a cada dia, e não desistam de lutar pelos seus direitos, pois só assim as conquistas virão.

## AGRADECIMENTOS

Obrigado Senhor pela força incondicional nesta caminhada e por me tornar uma fortaleza que nada pode me abater.

Mãe obrigado a ti e ao meu eterno pai Martin, pelas lutas para me criar e me tornar uma pessoa digna! Sem medir esforços.

Marcelo meu amor, obrigado pela paciência, incentivos nas horas difíceis, muitas vezes pensei em desistir, mas você sempre esteve ali ao meu lado para me compreender.

Não posso esquecer do Drº Álvaro Armando Carvalho de Moraes, Augusto Moreira e profª Alacir Ramos Silva (Sissa) por ter acreditado em mim e me deram a oportunidade de iniciar este curso.

Em especial, a minha orientadora profª Valquíria Cuim Borges e a co-orientadora profª Tânia Maria Bigossi do Prado pelos ensinamentos e auxílio em todo o processo de construção desta pesquisa.

"Pedia a Deus um pouco d'agua pra sede acabar, ele me deu rios, lagos chuvas e o próprio mar".

**Oriza Martins**

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Envelhecer é uma fase esperada da vida que acaba por sofrer perdas significativas como modificação do seu papel na sociedade e além de ser um processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico, que provoca a deterioração do organismo maduro, o aparecimento de doenças crônicas e tornando progressivamente incapaz de cumprir as necessidades fisiológicas básicas, levando a pessoa à morte. De acordo com a OMS, a qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo de sua vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

**Objetivo:** Verificar o perfil e a qualidade de vida em participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM.

**Materiais e Métodos:** Estudo Descritivo Transversal, realizado no período de fevereiro a abril de 2009, com uma amostra, composta por 35 participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM. Foram critérios de inclusão ser participante do projeto a mais de 06 meses, ter mais de 60 anos; ser do sexo feminino, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e critérios de exclusão participantes que possuam algum tipo de demência, ter falecido durante a pesquisa, não frequentar semanalmente o projeto. As participantes foram entrevistadas as sextas-feiras à tarde através do questionário SF 36 que avalia os parâmetros saúde geral, saúde mental, vitalidade, dor corporal, funcionamento físico, funcionamento social, papel emocional na vida, papel físico na vida e um questionário de perguntas de caráter pessoal quanto a idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda mensal, hábitos de vida, patologias associadas e tempo de participação no grupo. Os dados foram analisados com estatística descritiva. O presente estudo tem a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Nº 167 2008.

**Resultados** Foram avaliadas 35 idosas do Projeto de extensão Saúde e Qualidade de Vida. Os resultados obtidos apontaram que a média de idade é de 71 anos, 54% são viúvas. Verificou-se que 40% tem ensino médio completo 54% são aposentadas.

Em relação a renda mensal 54% recebem 1 salário mínimo e em relação a vícios 77% relatam que não possuem. Observou-se que 47% são hipertensas e apresentam tempo médio de participação no grupo de 2 anos. A pesquisa demonstrou que a qualidade de vida das participantes o projeto, avaliada pela aplicação do questionário genérico SF 36. Quando observada a média dos seguintes domínios: capacidade funcional 62,14; limitação por aspectos físicos 66,42; dor 65,74; estado geral de saúde 63,48; vitalidade 73,85; aspectos sociais 83,14; aspectos emocionais 63,14 e saúde mental 79,92. **Conclusões:** O perfil das participantes em sua maioria são viúvas aposentadas hipertensas com certo grau de conhecimento e renda mensal baixa. Quanto à avaliação da qualidade de vida apresentada pelas idosas destacou-se a vitalidade, aspectos emocionais e a saúde mental com maior pontuação em relação a outros três estudos.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das participantes do projeto segundo a idade.....	27
Tabela 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil.....	28
Tabela 3 – Distribuição das participantes segundo a escolaridade.....	29
Tabela 4 – Distribuição das participantes segundo a profissão.....	30
Tabela 5– Distribuição das participantes segundo a renda mensal.....	31
Tabela 6 – Distribuição das participantes segundo o consumo de bebida alcoólica / tabaco.....	32
Tabela 7 – Distribuição das participantes segundo o consumo as patologias apresentadas.....	33
Tabela 8 – Distribuição das participantes segundo o tempo de participação no projeto.....	34
Tabela 9 – Análise da funcionalidade das participantes segundo o questionário genérico SF 36 .....	35
Tabela 10 – Análise da limitação por aspectos físicos das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	36
Tabela 11 – Análise da dor das participantes segundo o questionário genérico SF 36 .....	37
Tabela 12 – Análise do estado geral de saúde das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	38
Tabela 13 – Análise da vitalidade das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	39
Tabela 14 – Análise dos aspectos sociais das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	40
Tabela 15 – Análise dos aspectos emocionais das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	41
Tabela 16 – Análise da saúde mental das participantes segundo o questionário genérico SF 36.....	42
Tabela 17 – Análise das participantes segundo as variáveis o questionário genérico SF 36.....	43

## LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Distribuição das participantes do projeto segundo a idade.....	27
Gráfico 2 – Distribuição das participantes segundo o estado civil.....	28
Gráfico 3 – Distribuição das participantes segundo a escolaridade.....	29
Gráfico 4 – Distribuição das participantes segundo a profissão.....	30
Gráfico 5 – Distribuição das participantes segundo a renda mensal.....	31
Gráfico 6 – Distribuição das participantes segundo o consumo de bebida alcoólica / tabaco.....	32
Gráfico 7 – Distribuição das participantes segundo o consumo as patologias apresentadas.....	33
Gráfico 8 – Distribuição das participantes segundo o tempo de participação no projeto.....	34
Gráfico 9 – Análise da funcionalidade comparação entre estudos.....	35
Gráfico 10 – Análise da limitação por aspectos físicos comparação entre estudos..	36
Gráfico 11 – Análise da dor comparação entre estudos.....	37
Gráfico 12 – Análise do estado geral de saúde comparação entre estudos.....	38
Gráfico 13 – Análise da vitalidade comparação entre estudos.....	39
Gráfico 14 – Análise dos aspectos sociais comparação entre estudos.....	40
Gráfico 15 – Análise dos aspectos emocionais comparação entre estudos.....	41
Gráfico 16 – Análise da saúde mental comparação entre estudos.....	42
Gráfico 17 – Análise das participantes segundo as variáveis do questionário genérico SF36.....	43

## **LISTA DE SIGLAS**

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

QV – Qualidade de Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	22
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
2.1 OBJETIVOS GERAIS.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>43</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A.....	51
ANEXO B .....	53
ANEXO C .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. As estatísticas mostram que a faixa etária com maior crescimento na maioria dos países em desenvolvimento, é a acima de 60 anos. No Brasil, as projeções indicam que a proporção de idosos passará de 8,6% em 2000 para quase 15% em 2020, em 2025, a sexta população de idosos no mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2005).

Envelhecer é uma fase esperada da vida do indivíduo que acaba por sofrer perdas significativas como modificação do seu papel na sociedade e além de ser um processo de desgaste cumulativo, irreversível, universal e não patológico, que provoca a deterioração do organismo maduro, o aparecimento de doenças crônicas e tornando-o o progressivamente incapaz de cumprir as necessidades fisiológicas básicas, levando o indivíduo à morte (CARVALHO FILHO, 2005 p. 60-70).

O envelhecimento pode ser conceituado como alterações dinâmicas e progressivas, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, o processo normal do envelhecimento se caracteriza pela diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e tecidos, o que acarreta um risco maior de doenças, na maioria das vezes crônico degenerativas. A capacidade funcional é um conceito amplo que abrange "[...] habilidade em executar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social", e tem sido avaliada como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida cotidiana, em razão de alguma deficiência (CARVALHO FILHO, 2005. p.60-70).

A velhice separa mais os idosos do resto dos concidadões do que outros atributos cronológicos ou sociais é uma etapa da vida que pode ser tão sã quanto outras, pois os órgãos e tecidos estão afetados pelo decorrer do tempo, poderemos conceber um papel social com menores tensões possibilidades vitais e deixar as tarefas físicas mais exigentes para as gerações jovens (MORANGAS, 1997).

De acordo com SWELTER, S. C; BARE (2002) as principais alterações do envelhecimento são:

Sistema Cardiovascular: Débito cardíaco diminuído; capacidade reduzida de responder ao estresse; frequência cardíaca e volume sistólico não aumentam com a demanda máxima; velocidade de recuperação cardíaca diminui e a pressão arterial aumenta.

Sistema Respiratório: Aumento no volume pulmonar residual; diminuição da capacidade vital; diminuição da difusão de O<sub>2</sub>, deposição de muco e redução da eficiência da tosse.

Sistema Tegumentar: Proteção diminuída contra trauma e exposição ao sol; proteção diminuída contra extremos de temperaturas e secreção diminuída óleos naturais e de suor.

Sistema Genito-urinário: Relaxamento do músculos do períneo e fibrose de bexiga.

Sistema Gastrointestinal: salivação diminuída, dificuldade de deglutir, esvaziamento gástrico e esofágico retardado e motilidade gastrointestinal diminuída.

Sistema Nervoso: Velocidade reduzida do condução nervosa, confusão aumentada, devido a patologias e perdas dos estímulos ambientais; circulação cerebral reduzida, sendo propenso a desequilíbrio.

A OMS preconizou como meta para o ano de 2000, que a maioria dos idosos poderiam viver na comunidade durante a maior parte de suas vidas, integrada a ela com dignidade e nível adequado de qualidade de vida (WHOQOL, 1996).

No contexto da transição demográfica o perfil de saúde em nosso país sofre mudanças, no lugar das doenças infecto-contagiosas estamos nos deparando com as doenças crônicas não transmissíveis. As mais frequentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências. A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamentos em relação a dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida, podendo comprometer a qualidade de vida, se

não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações destas patologias (RAMOS, 1993 e IDF, 2006).

A OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal, ultrapassada e unilateral (DONNANGELO, 1979).

Com relação a esse aspecto, Freud (1930), em mais de uma oportunidade, procurou mostrar como a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização constitui algo impossível. Para ele, a civilização passou a existir quando os homens fizeram um pacto entre si, pelo qual trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de "mal-estar". Desta condição não se pode fugir, donde resulta que entre indivíduo e civilização sempre haverá uma zona de tensão. Pode-se, inclusive, situar o mal-estar em um momento anterior ao da constituição dessa "civilização" de que se fala Freud. Afinal, o homem a construiu exatamente para escapar ao incômodo da insegurança em que vivia, decorrente de sua exposição a um estado de coisas não exatamente sem leis, mas ditado pela lei do mais forte, que não deixa de ser uma espécie de lei, ainda que selvagem e injusta. Nessas condições, não se poderá certamente falar em "perfeito bem-estar social". Entende-se que, para fins de estatísticas de saúde, as formas de "avaliação externa" sejam necessárias; não seria exequível "qualitativar-se" esse tipo de mensuração. Essas reflexões e as que se seguirão são cabíveis para que o estudioso de ciências de saúde possa "pensar" melhor sua matéria (FREUD, 1980).

A Carta de Ottawa define promoção a saúde como processo de capacidade da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHOQOL, 1996).

A Carta de Ottawa um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e

parceria. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária, de indivíduo (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorganização do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (WHOQOL, 1996).

Promoção da saúde e o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao conceito ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam a população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo (BUSS, 2000).

O conceito moderno de promoção da saúde surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, quatro importantes Conferências Internacionais sobre promoção da saúde, realizadas nos últimos 12 anos em Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Jacarta, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (WHOQOL, 1996).

Pesquisadores da longevidade humana explicam que o aumento da esperança de vida tem coincidido com uma concentração da longevidade média e a curva de sobrevivência está tomando uma forma cada vez mais retangular. Assim, a relação com as intervenções no estado de saúde, que permitem retardar o surgimento de doenças e incapacidades, sobretudo aquelas que afetam as capacidades funcionais, são aspectos determinantes para que se produzam aproximações entre a morbidade, a esperança de vida e a mortalidade. O aumento da expectativa de vida deveria ser acompanhado de um aumento também na expectativa de saúde. É importante ressaltar que embora a maioria dos idosos apresente pelo menos uma doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade desde que estas doenças sejam controladas (CARVALHO FILHO, E.T., 2005. p.60-70).

O idoso é visto como um ser improdutivo e dependente, portados de doenças crônicas, não se nota um empenho maior em adequar os equipamentos de saúde

pública e essa nova realidade na qual as doenças de maior prevalência e as principais causas de morte são as doenças cardiovasculares, afetando especialmente pessoas idosas (BRITO,F.C.;RAMOS,L.R., 2005 p.394-402).

Os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio da família. Os serviços poderão ser divididos em serviço de saúde e sociais, podendo ser aplicados a ambos os níveis de complexidade crescente (BRITO,F.C.;RAMOS,L.R., 2005 p.394-402).

A qualidade de vida (QV) pode estar diretamente associada à ausência de enfermidades, em especial à ausência de sintomas ou disfunções. Alguns autores, contudo, consideram este conceito reducionista, uma vez que aspectos não relacionados ao estado de saúde são considerados na avaliação da qualidade de vida (MINAYO, 2000).

A QV boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir, amar ou trabalhar, obtendo-se assim, satisfação, o grau de bem – estar da sociedade e de igual acesso a bens naturais e culturais (MERUCCI e MERCÚRIO, 2005).

A manutenção da velhice está intimamente ligada à QV, portanto, uma forma de procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as funções do dia-a-dia, fato que o faz independente dentro de seu contexto socioeconômico e cultural (BOUTIQUE,N.C.;SANTOS,R.L.A. 2005 p. 82-91).

Avaliar a QV do idoso implica a adoção de múltiplos critérios da natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois elementos determinantes ou indicadores de bem estar na velhice são apontados: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (DIOGO, 2004).

Boa QV para os idosos poder ser interpretada com o fato de eles poderem se sentir melhor, conseguirem cumprir com suas funções diárias básicas adequadamente e conseguirem viver de uma forma independente (ROLIM; FORTI, p.57-74.)

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com o foco na promoção da saúde e a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade que se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portado em construção social com a marca da relatividade cultural (ARQUIER, 1997 e BUSS, 2000).

A medida de QV é um instrumento recente e vindo de uma tradição estrangeira, anglo-saxônica, empirista e utilitarista, é um fato irreversível que vai, provavelmente, pertencer ao nosso universo, da mesma forma que a ecografia (RAMEIX, 1997).

No Brasil e no mundo, vários estudos discutem o conceito de QV, termo muitas vezes confundido com estilo de vida, condições de vida e situações de vida e os instrumentos mais adequados para sua avaliação. Apesar das intensas discussões sobre o assunto, a definição de QV ainda não é uniforme, para melhor compreensão do conceito "qualidade de vida", deve-se diferenciá-lo do estado de saúde por meio de três dimensões principais: saúde mental, função física e função social, ou seja, para se ter qualidade de vida é necessário o biopsicosocial estar bem, para o estado de saúde, o fator mais importante é a função física, dessa forma, instrumentos diferentes devem ser utilizados para a avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde (ROCHA et al, 2000).

A noção de QV transita, portanto, em um campo semântico polissêmico: de um lado, encontra-se relacionada ao modo de vida, suas condições e estilos; de outro, inclui idéias sobre o desenvolvimento sustentável e sobre os direitos humanos e sociais. Estas noções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões

de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece como referência (MINAYO, 2000).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador sintético de QV, que de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo PIB real per capita; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas. O IDH se baseia na noção de capacidades, isto é, tudo aquilo que uma pessoa está apta a realizar ou fazer. Nesse sentido, o desenvolvimento humano teria, como significado mais amplo, a expansão não apenas da riqueza, mas da potencialidade dos indivíduos de serem responsáveis por atividades e processos mais valiosos e valorizados. Assim, a saúde e a educação são estados ou habilidades que permitem uma expansão das capacidades. Inversamente, limitações na saúde e na educação seriam obstáculos à plena realização das potencialidades humanas (PNUD 1998).

O IDH vem recebendo aceitação ampla pelas facilidades na obtenção dos índices que o compõem disponíveis na maioria dos países e regiões do mundo e são construídos com metodologia semelhante, o que garante razoável grau de aplicabilidade entre realidades totalmente diversas. Mas também apresenta limitações que devem ser consideradas, seja no uso para comparar qualidade de vida entre territórios, seja ao longo do tempo em um mesmo território. Por exemplo, discrimina pouco os países ou regiões mais desenvolvidas entre si, pois aí, as taxas de analfabetismo têm diferenças irrisórias, e apresenta problemas de consistência metodológica quando aplicado a limites geográficos mais restritos, nos quais provavelmente os rankings produzidos seriam meras reproduções, com poucas discrepância, da diferenciação da renda (CARDOSO, 1998).

Tendências atuais enfatizam a subjetividade e o caráter multidimensional da QV, resultado de políticas públicas e do desenvolvimento da sociedade em que os determinantes socioambientais se manifestam. Dessa forma, a QV passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e

psicossocial das enfermidades e da produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (SEIDL, 2004).

Estudos têm demonstrado que a maior parte dos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica e com relação à funcionalidade 40 a 50%, algum grau de dependência. Um estudo realizado em áreas metropolitanas da região sudeste do Brasil, por exemplo, evidenciou a presença de 86% de idosos possuem ao menos uma doença crônica e 46% que precisavam de ajuda de outras pessoas para realizar pelo menos uma das atividades básicas da vida diária. Pesquisa com 667 idosos residentes na região nordeste do Brasil, mostrou que 92% dos idosos entrevistados apresentavam pelo menos uma doença, sendo que 78% mencionaram apresentar de uma a cinco doenças crônicas (COELHO, 1999).

Um papel igualmente importante desempenha a depressão, as evidências sugerem está muito presente entre a população idosa no Brasil, entre pessoas com 60 anos ou mais, cerca de 48% sofrem de alguma forma de depressão (RAMOS, 1993).

A família e a fonte primária de suporte social informal, onde se almeja uma atmosfera efetiva e comum, de aquisição de competência e de interação entre os membros (CALDAS, C.P, 2004. p.41-47).

Os costumes, os valores, a educação e a situação socioeconômica da família interagem com a idade e o gênero das pessoas. A relação entre idoso e a sua família é influenciada pelos modelos de família existentes na sociedade, principalmente daquela em que o idoso se insere, pela saúde dos seus membros e pelos fatores vinculados as interações interpessoais. O processo de cuidar da pessoa idosa depende da integração das relações familiares, da disposição de recursos pessoais e externos, em diferentes momentos e situações, e da história anterior de relacionamento com o idoso (BRITO, F.C.; RAMOS, L.R., 2005. p.394-402).

As mudanças ocorridas na estrutura familiar impossibilitam identificar um modelo único ou ideal de família. Pelo contrario, ela se manifesta como um conjunto de trajetória individual que se expressam em arranjos diversificados e organizações

peculiares, essa nova estrutura familiar contribui para que existam novas formas de relação entre as gerações (COSTA, 2005).

A família tem um papel de suma importância, não só em termos de proporcionar ajuda nas atividades de vida diária, em proporcionar suporte emocional ao idoso contribuindo para uma melhor qualidade de vida (CALDAS,C.P., 2004. p.41-47).

Os conflitos familiares afetam de forma direta o idoso dependente, especialmente quando sua presença é a desencadeadora dos mesmos, as rápidas mudanças ocorridas no mundo moderno afetaram a estrutura família, reproduziram o espaço das moradias onde a família convive, aumentaram a crise financeira e desvalorizaram o papel que o idoso desempenhava nas sociedades tradicionais. Os conflitos não resolvidos ou então não administrados podem afetar de forma intensa a saúde mental do idoso, provocando uma piora na qualidade de vida (CALDAS,C.P., 2004. p.41-47).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A velhice trata-se de uma fase esperada na vida das pessoas, que provoca sérias alterações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a susceptibilidade às doenças e provocam incapacidades. Estudos demonstram que com frequência os idosos são portadores de múltiplas doenças, principalmente crônico - degenerativa, que podem provocar limitações e dependência. Contudo os idosos mesmo acometidos por doenças podem ter uma boa qualidade de vida, que é expresso pela funcionalidade positiva no desempenho de tarefas e na capacidade de executar atividades do cotidiano. Com a evolução do processo do envelhecimento no Brasil, a partir da década de 1980, surgiram inúmeros programas voltados à esse segmento, nesse sentido é interessante conhecer se um projeto de extensão pode contribuir para a qualidade de vida de idosas participantes e os resultados apresentados neste estudo pode contribuir para uma melhor compreensão das limitações apresentadas por um grupo de idosas se baseando no questionário SF 36 e fornecer subsídios para fundamentar estratégias futuras visando promover uma melhora na qualidade de vida destas idosas.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o perfil e a qualidade de vida em participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Verificar quais fatores predominaram como causadores da diminuição da qualidade de vida.
- b) Fazer um levantamento de aspectos sociais através do questionário SF36 na qualidade de vida em grupo de idosas.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da EMESCAM, no período de fevereiro a abril de 2009, com uma amostra, não-probabilística de conveniência, composta por 35 participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM. Foram critérios de inclusão: a) Ser participante do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM a mais de 06 meses; b) Ter mais de 60 anos; c) Sexo feminino; d) Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo A) e critérios de exclusão: a) Participantes que possuam algum tipo de demência; b) Ser do sexo masculino; c) Ter falecido durante a pesquisa; d) Não frequentar semanalmente o projeto; e) Abandonar o projeto durante a coleta de dados. No momento da aprovação pelo comitê de ética a população estudada contava com 40 participantes do projeto de extensão, e durante a execução da coleta dos dados reduziu para 35 devido a abandonos e adoecimento das participantes. A pesquisadora foi previamente treinada com 15 idosas que não compõem a amostra. As entrevistas foram realizadas às sextas-feiras no horário de 14:00 -17:00h por meio do questionário SF 36 que avalia os parâmetros saúde geral, saúde mental, vitalidade, dor corporal, funcionamento físico, funcionamento social, papel emocional na vida, papel físico na vida dando a cada indivíduo um escore em cada domínio, que varia de 0 (zero) a 100 (cem), não havendo um único valor que resuma toda a avaliação, resultando em um estado geral de saúde melhor ou pior e um questionário de perguntas de caráter pessoal quanto a idade, estado civil, escolaridade, profissão, renda mensal, hábitos de vida, patologias associadas e tempo de participação no grupo. Foi utilizada a estatística descritiva da seguinte forma: a) O cálculo do SF 36 foi feito de acordo com os seguintes passos; b) Cálculo de cada um dos domínios destacando as médias em cada variável (capacidade funcional, aspectos físicos, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental) e soma dos pontos obtidos em cada item relativo ao domínio correspondente, para cada participante. O presente estudo acompanhou rigorosamente os preceitos constantes na Resolução Nº 196/96 da Comissão Nacional em Pesquisa, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, Nº 167/2008.

#### 4 RESULTADOS

Foram avaliadas 35 idosas do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM. Os resultados obtidos apontaram que a média de idade é de 71 anos, 54% são viúvas. Verificou-se que 39% têm ensino médio completo, 54% são aposentadas. Em relação a renda mensal 54% recebem 1 salário mínimo e em relação a vícios 77% relatam que não possuem. Observou-se que 47% são hipertensas e apresentam tempo médio de participação no grupo de 2 anos.

A pesquisa demonstrou que a qualidade de vida das participantes o projeto avaliada pela aplicação do questionário genérico SF 36, quando observada a média dos seguintes domínios: capacidade funcional 62,14; limitação por aspectos físicos 66,42; dor 65,74; estado geral de saúde 63,48; vitalidade 73,85; aspectos sociais 83,14; aspectos emocionais 63,14 e saúde mental 79,92.

Tabela 01 – Distribuição das participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM segundo a idade.

IDADE	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
50-55	0	0%
56-60	2	6%
61-65	3	8%
66-70	11	31%
71-75	9	26%
76-80	8	23%
81-85	2	6%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>MEDIA</b>	<b>71</b>	

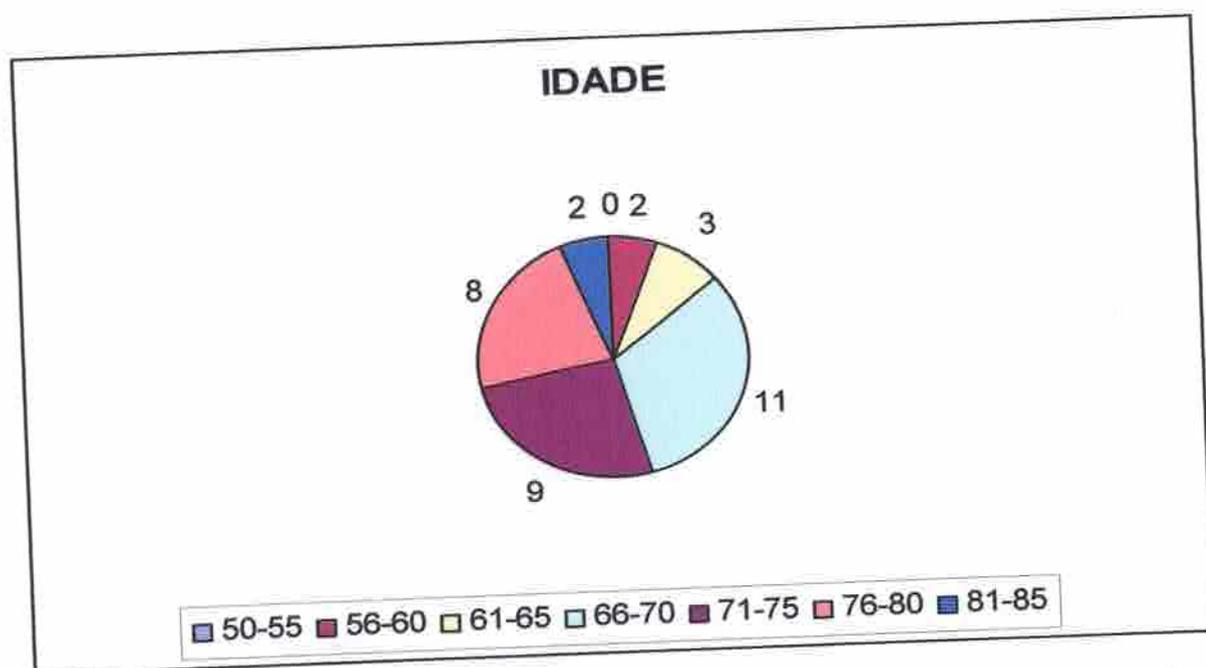


Gráfico 01 – Distribuição das participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM segundo a idade.

Tabela 02 – Distribuição das participantes segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Solteira	2	6%
Casada	9	26%
Separada	5	14%
Viúva	19	54%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

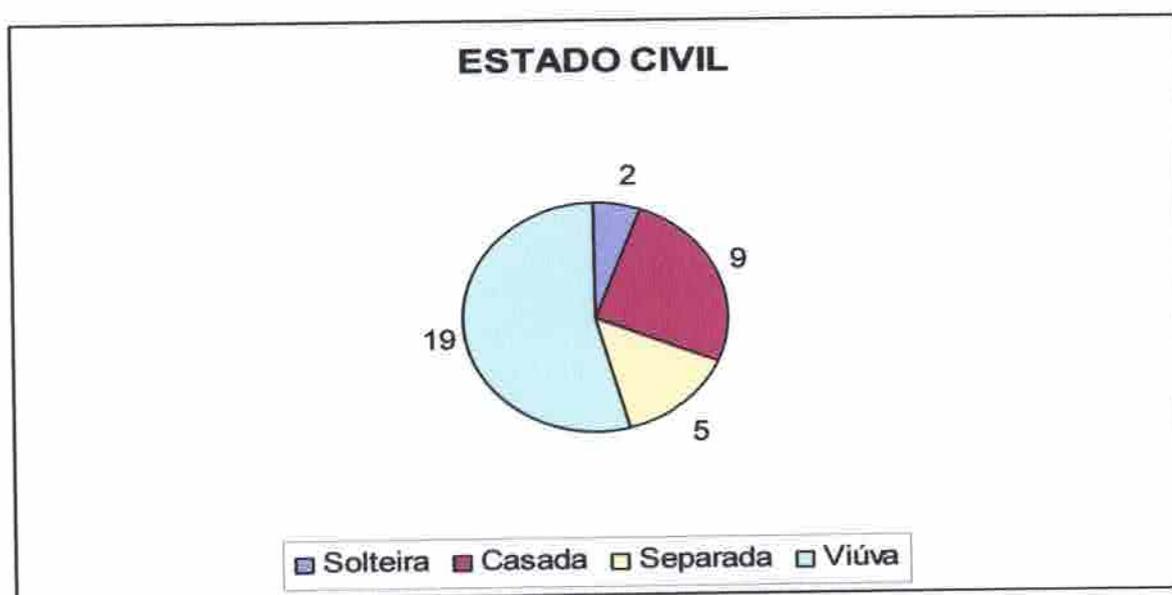


Gráfico 02 – Distribuição das participantes segundo o estado civil

Tabela 03 – Distribuição das participantes segundo a escolaridade.

NIVEL DE INSTRUÇÃO	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Ensino fundamental incompleto	8	23%
Ensino fundamental completo	4	12%
Ensino médio incompleto	3	8%
Ensino médio completo	14	39%
Ensino superior incompleto	2	6%
Ensino superior completo	4	12%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

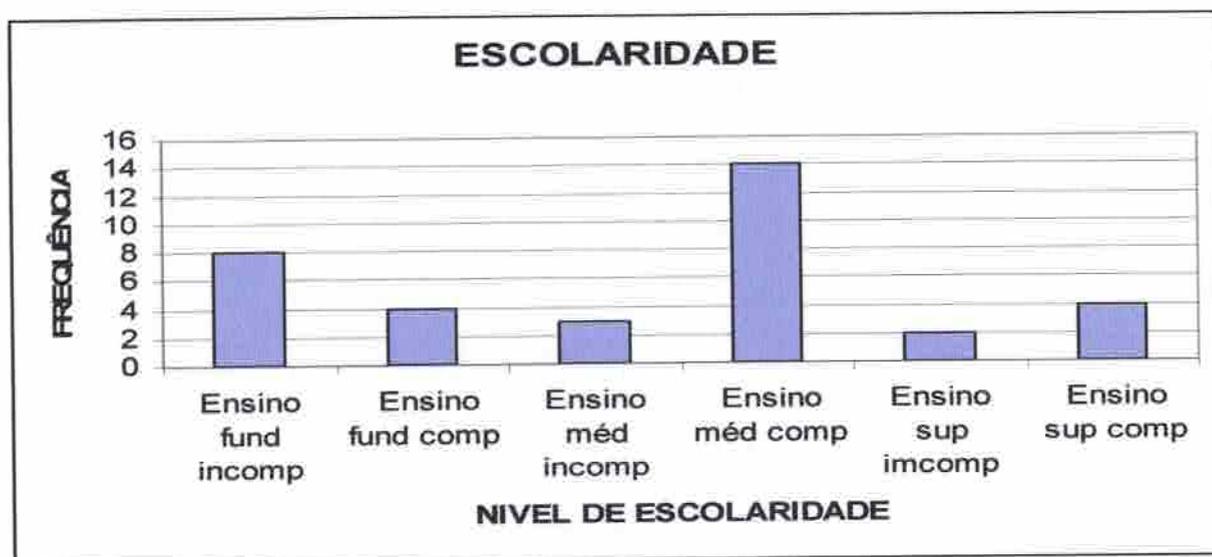


Gráfico 03 – Distribuição das participantes segundo a escolaridade

Tabela 04 – Distribuição das participantes segundo a profissão.

PROFISSÃO	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Aposentada	19	54%
Do lar	8	23%
Costureira	4	11%
Professora	3	9%
Não declara	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>



Gráfico 04 – Distribuição das participantes segundo a profissão.

Tabela 05 – Distribuição das participantes segundo a renda mensal.

RENDA MENSAL	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
1a 3 salários= até 1395	19	54%
4-6 salários= até 2790	5	14%
7-10 salários= até 4650	4	12%
mais de 10 salários	0	0%
Não declara	7	20%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

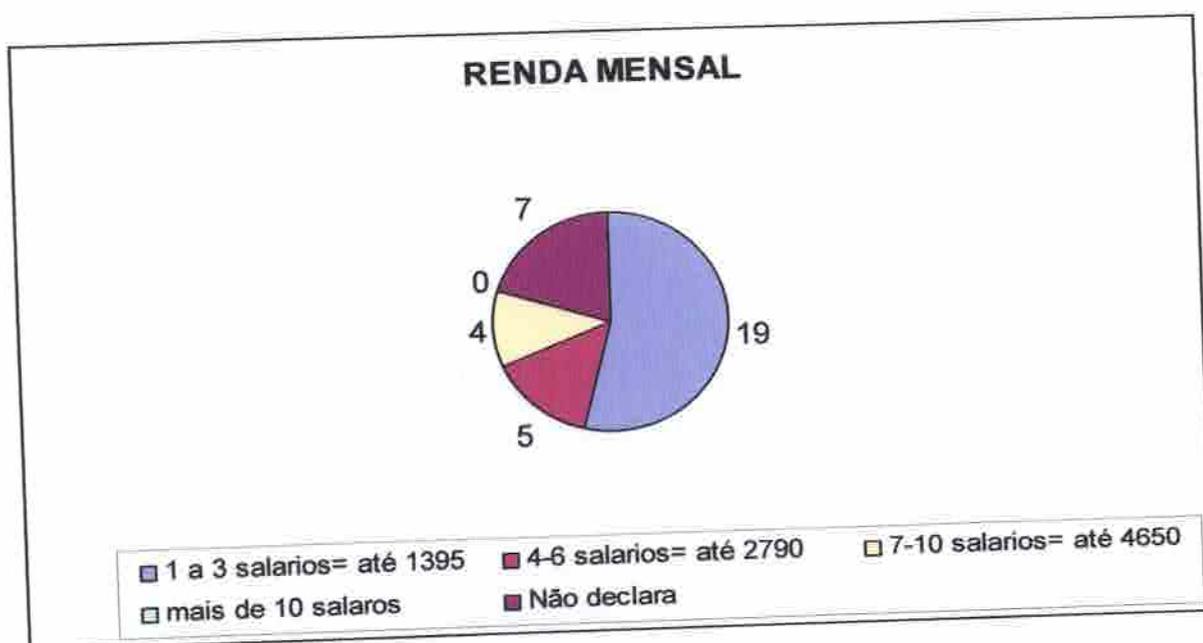


Tabela 05 – Distribuição das participantes segundo a renda mensal.

Tabela 06 – Distribuição as participantes segundo o consumo de bebida alcoólica/tabaco.

VÍCIOS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Etilista de final de semana	8	23%
Tabagista	0	0%
Nega vícios	27	77%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

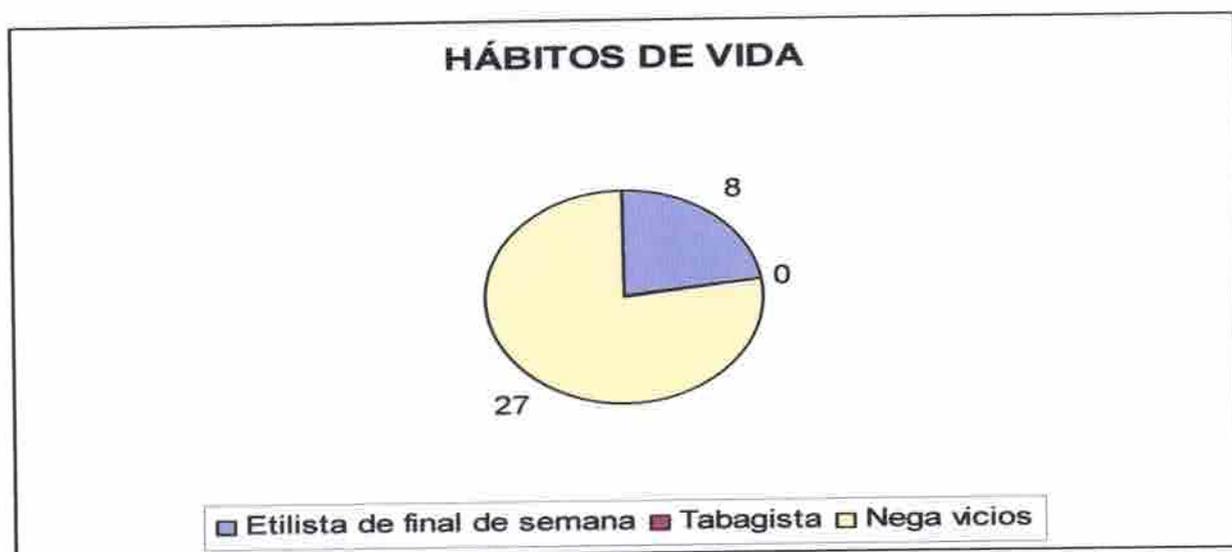


Gráfico 06 – Distribuição as participantes segundo o consumo de bebida alcoólica/tabaco.

Tabela 07– Distribuição as participantes segundo as patologias apresentadas.

PATOLOGIA	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
Hipertensão	17	47%
Diabetes	1	3%
Depressão	1	3%
Cardiopatia	1	3%
Hipotiroidismo	2	6%
Artrose	3	9%
Alergia	1	3%
Não informa	9	26%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

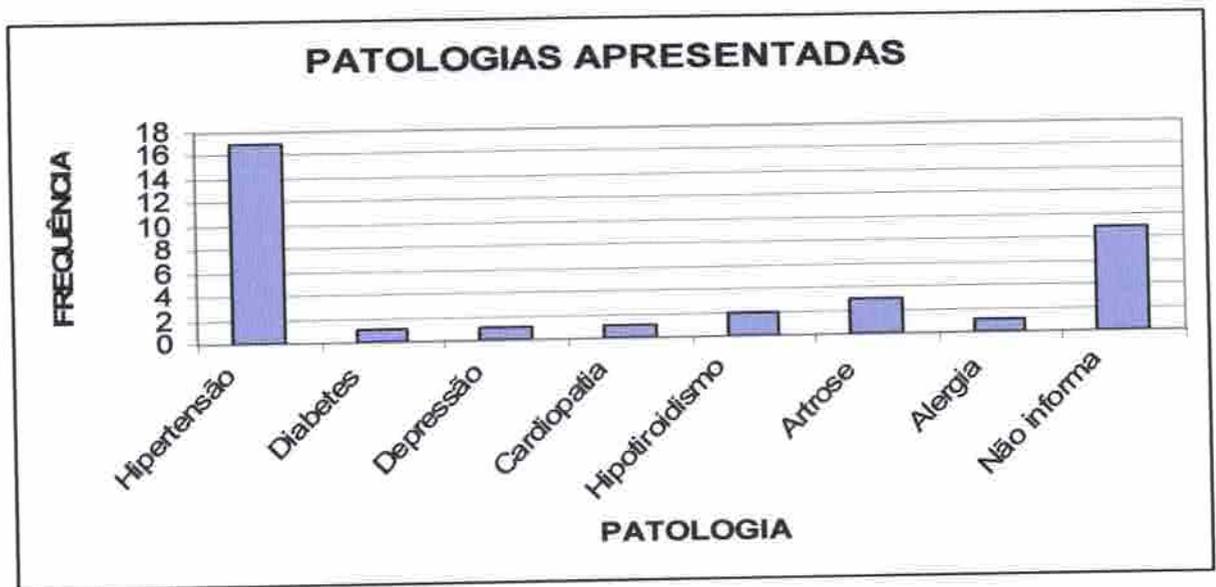


Gráfico 07– Distribuição as participantes segundo as patologias apresentadas.

Tabela 08– Distribuição das participantes segundo o tempo de participação no grupo.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
6 meses a 1 ano	8	23%
1 a 2 anos	13	37%
2 a 3 anos	6	17%
3 a 5 anos	8	23%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
Media de participação no grupo	2	



Gráfico 08– Distribuição das participantes segundo o tempo de participação no grupo.

Tabela 09– Análise da capacidade funcional das participantes segundo o questionário genérico SF 36.

CAPACIDADE FUNCIONAL	FREQUÊNCIA	PORCENTAGEM
0-20	5	14%
21-40	5	14%
41-60	6	17%
61-80	7	20%
81-100	12	35%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>62,14</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>29,71</b>	

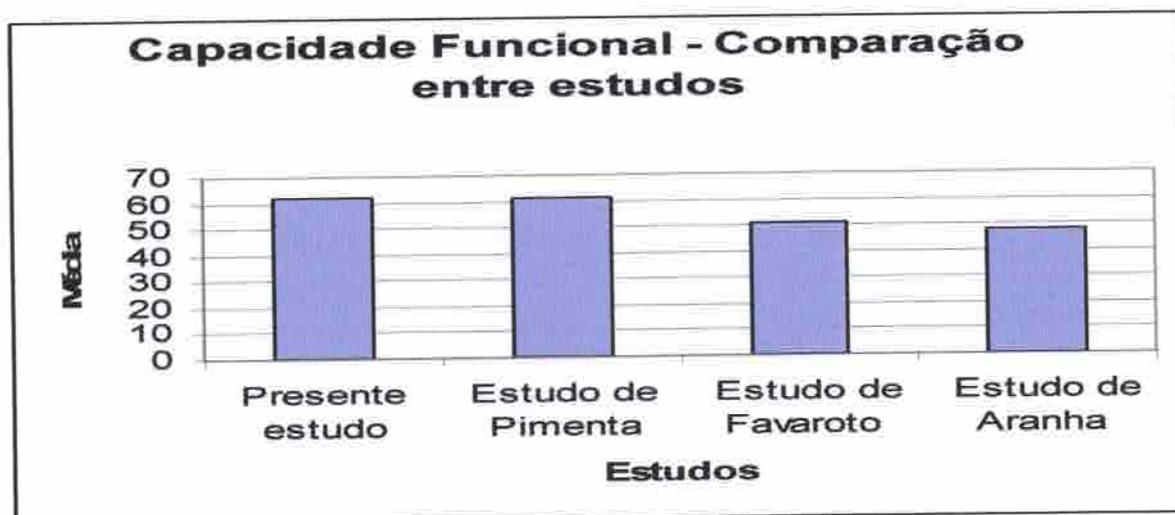


Gráfico 09 – Análise da capacidade funcional comparação entre estudos.

Tabela 10 – Análise da limitação por aspectos físicos das participantes segundo o questionário genérico SF 36.

LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	0	0%
21-40	1	3%
41-60	7	20%
61-80	8	23%
81-100	19	54%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>66,42</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>40,64</b>	

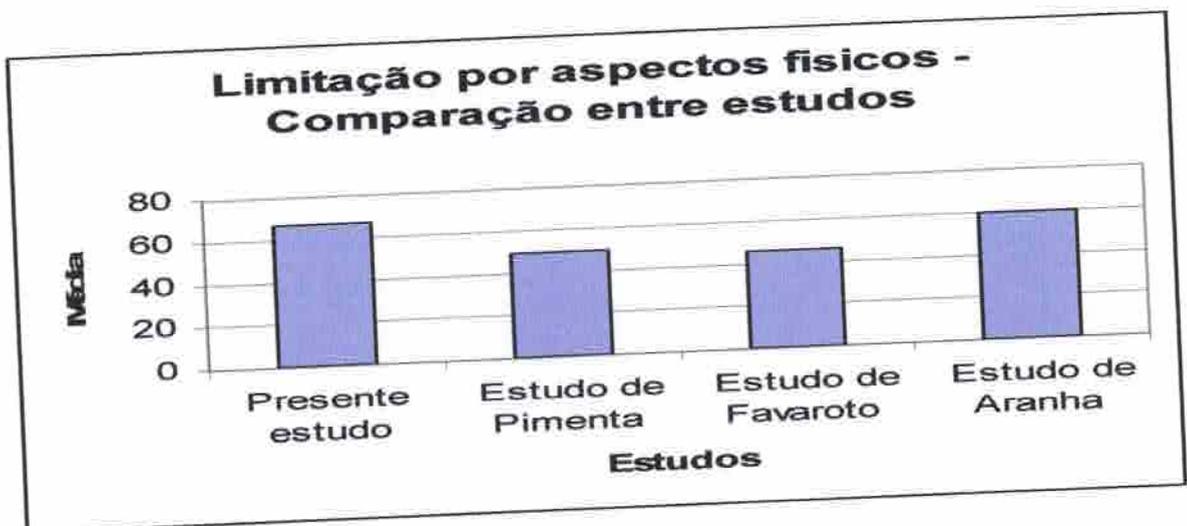


Gráfico 10 – Análise da limitação por aspectos físicos comparação entre estudos.

Tabela 11– Análise da Dor das participantes segundo o questionário genérico SF 36.

DOR	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	3	9%
21-40	4	11%
41-60	8	23%
61-80	5	14%
81-100	15	43%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>65,74</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>29,75</b>	



Gráfico 11– Análise da Dor comparação entre estudos.

Tabela 12- Análise do estado geral de saúde das participantes segundo o questionário genérico SF36.

ESTADO GERAL DE SAÚDE	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	1	3%
21-40	3	9%
41-60	6	17%
61-80	20	57%
81-100	5	14%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>63,48</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>16,97</b>	



Gráfico 12 – Análise do estado geral de saúde comparação entre estudos.

Tabela 13– Análise da vitalidade das participantes segundo o questionário genérico SF36.

VITALIDADE	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	0	0%
21-40	2	6%
41-60	9	26%
61-80	12	34%
81-100	12	34%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>73,85</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>20,03</b>	



Tabela 13 – Análise da vitalidade comparação entre estudos.

Tabela 14– Análise dos aspectos sociais das participantes segundo o questionário genérico SF36.

ASPECTOS SOCIAIS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	2	6%
21-40	1	3%
41-60	0	0%
61-80	7	20%
81-100	25	71%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>83,14</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>23,88</b>	

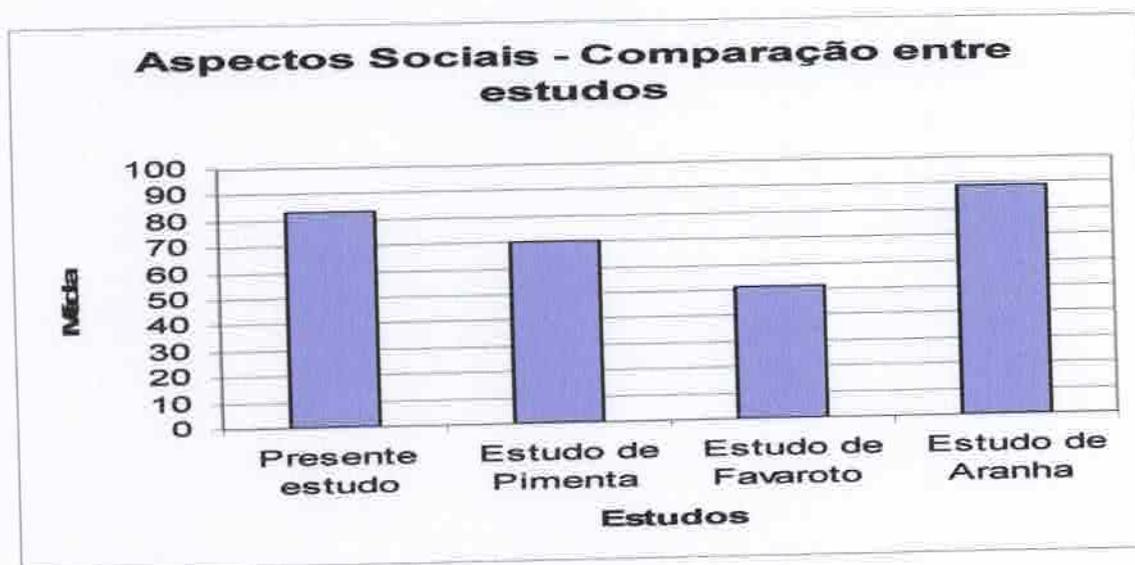


Gráfico 14 – Análise dos aspectos sociais comparação entre estudos.

Tabela 15– Análise dos aspectos emocionais das participantes segundo o questionário genérico SF36.

ASPECTOS EMOCIONAIS	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	9	26%
21-40	5	14%
41-60	0	0%
61-80	2	6%
81-100	19	54%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>63,14</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>47,72</b>	



Gráfico 15 – Análise dos aspectos emocionais comparação entre estudos.

Tabela 15– Análise da saúde mental das participantes segundo o questionário genérico SF36

SAUDE MENTAL	FREQUENCIA	PORCENTAGEM
0-20	1	3%
21-40	2	6%
41-60	3	9%
61-80	10	28%
81-100	19	54%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
<b>Media</b>	<b>79,92</b>	
<b>Desvio Padrão</b>	<b>21,91</b>	

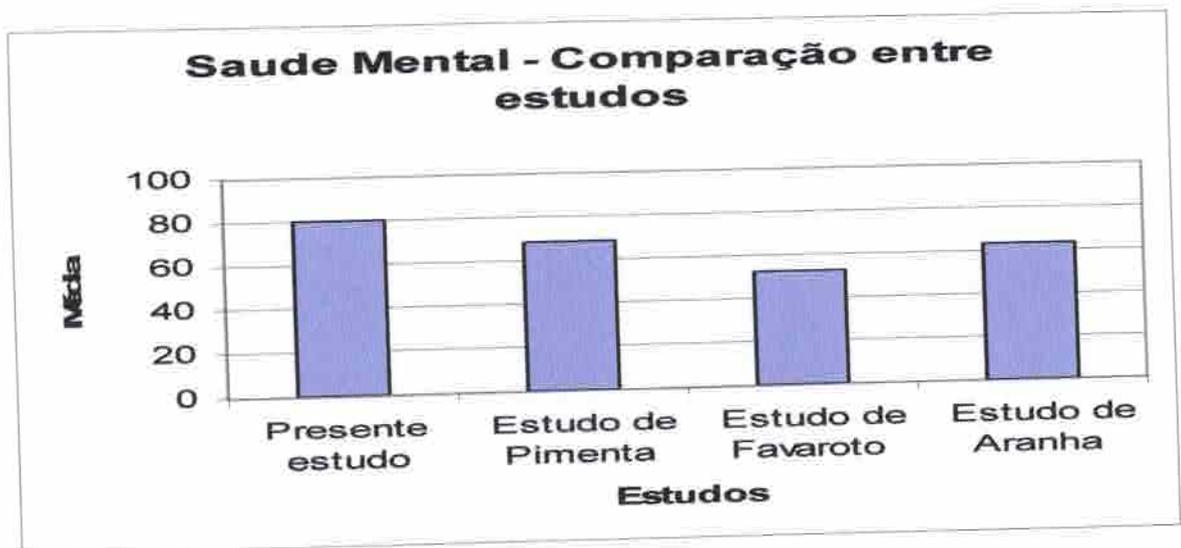


Gráfico 15 – Análise da saúde mental comparação entre estudos.

Tabela 16– Análise das participantes segundo as variáveis do questionário genérico SF 36.

VARIAVEIS	Média	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	62,14	5	100
Limitação por aspectos físicos	66,42	0	100
Dor	65,74	12	100
Estado Geral	63,48	20	90
Vitalidade	73,85	35	100
Aspectos sociais	83,14	10	100
Aspectos emocionais	63,14	0	100
Saúde Mental	79,82	20	100

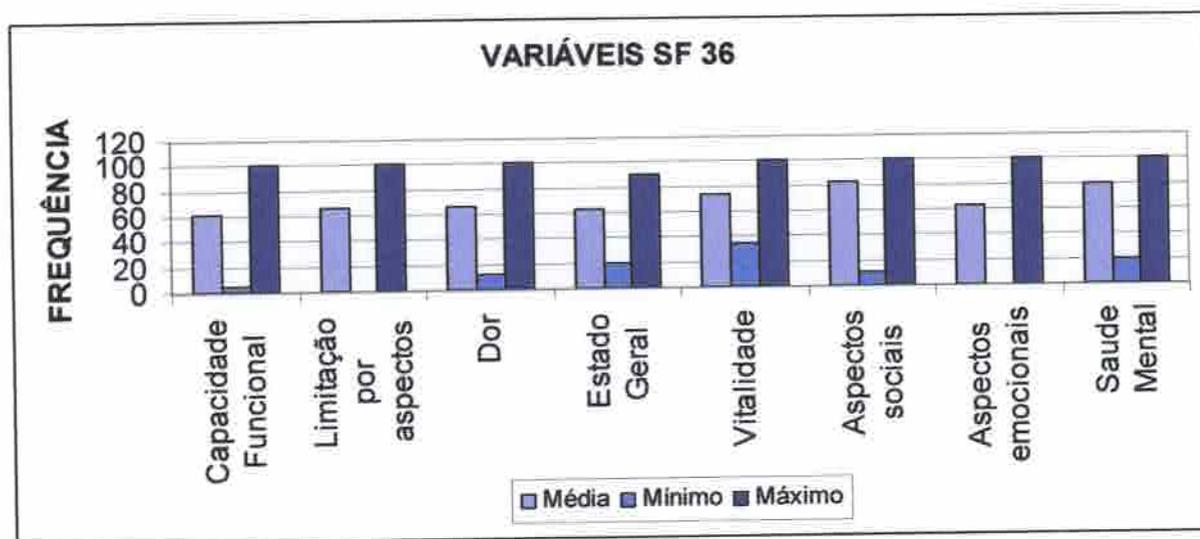


Gráfico16– Análise das participantes segundo as variáveis do questionário genérico SF36.

## 5 DISCUSSÃO

No estudo de Pimenta (2008) a idade média foi de 57,3 anos, a maioria são aposentadas, 35,6% não possuem vícios, 39% apresentam hipertensão arterial. Os piores escores de qualidade de vida foram observados quanto aos domínios aspectos físicos, dor, e estados geral de saúde.

Já no estudo de Aranha (2006) a média de idade foi 65,57 anos, 40% aposentadas, 55% tinham apenas educação básica, 98% não possuíam vícios, 21% eram hipertensas. As pontuações mais baixas foram capacidade funcional, dor, aspectos físicos e estado geral de saúde.

No entanto no estudos de Favaroto (2001) teve média de idade de 49 anos, 84% apenas possuem primeiro grau completo, 45% eram viúvas. As piores pontuações foram capacidade funcional, aspectos físicos e vitalidade.

O estudo de Borges (2008) verificou que a maioria dos idosos participantes dos grupos de convivência era do sexo feminino, viúvas, com idades entre 65-74 anos, renda mensal de meio a um salário mínimo, escolaridade primária.

O presente estudo destacou-se entre os outros estudos por apresentar média de idade de 71 anos sendo todas do sexo feminino, na maioria viúva, com apenas ensino médio completo, aposentadas com renda de apenas 1 salário mínimo, sem vícios, hipertensas e uma media de participação no projeto de 2 anos. As piores pontuações foram a capacidade funcional, dor e aspectos emocionais estando em conformidades a outros três estudos, mas destacou-se nos escores com pontuação superior nas variáveis vitalidade, aspectos sociais e saúde mental.

Comprovou-se que a hipertensão está presente conforme os estudo de (RAMOS, 1993 e IDF, 2006) que relata no contexto da transição demográfica o perfil de saúde em nosso país sofre mudanças, no lugar das doenças infecto-contagiosas estamos nos deparando com as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial é a mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamentos em relação a dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida, podendo comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância da complicação desta patologia.

Avaliar a qualidade de vida das participantes é complicado e complexo conforme a literatura confirma "Avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios da natureza biológica, psicológica e socioestrutural, pois elementos determinantes ou indicadores de bem estar na velhice são apontados: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos. (DIOGO, 2004)

O presente estudo encontrou a dor e os aspectos emocionais interferem na qualidade de vida das idosas avaliadas sem reduzi - lá consideravelmente, o mesmo foi encontrado no estudo de CARVALHO FILHO 2005, que apontou como causa provável o fato de que doenças crônicas se controladas, não afetam suficientemente o paciente a ponto de comprometer a qualidade de vida.

A vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental estão de acordo com outros estudos que associam participação em grupos a qualidade de vida (DONA, 2008 e PIMENTA, 2008)

As características relacionadas às participantes como idade, sexo, escolaridade, ocupação, estado civil, hábitos de vida tem interferência na qualidade de vida, por isso a importância de sua avaliação por meio de instrumento que possam quantificá-la (CAVALCANTE, 2007).

As participantes quanto perguntadas quanto aos pontos positivos que o projeto lhe beneficiou as mesmas sentem-se gratificadas pelo fato de que estão tendo acesso a informações valiosas para o aprendizado, crescimento pessoal através do compartilhamento de experiências pelos próprios integrantes do projeto.

E quanto a qualidade de vida as mesmas relatam que QV é você ser feliz, é ter saúde tanto por dentro quanto por fora, poder sair e se divertir, não precisar se preocupar com ninguém só com si própria. É viver da melhor maneira possível sem se arrepender de nada, apesar das rugas e flacidez, fazer as coisas mais devagar e apesar de tudo se achar mais linda ainda.

## 6 CONCLUSÃO

O perfil das participantes em sua maioria são viúvas aposentadas hipertensas com certo grau de conhecimento e renda mensal baixa. Quanto à avaliação da qualidade de vida apresentada pelas idosas destacou-se a Vitalidade, Aspectos Sociais e a Saúde Mental com maior pontuação.

Percebeu-se através dos dados analisados que o projeto contribuiu para a melhora da qualidade de vida da população avaliada, sendo considerada boa, por apresentar um score maior 50 em todos os domínios do questionário genérico SF 36 e o instrumento mostrou-se adequado na avaliação da qualidade de vida na população estudada. Já o estudo transversal impossibilitou a comparação da qualidade de vida das idosas antes de participar e durante a participação no projeto. A qualidade de Vida das idosas participantes do projeto mostrou-se superior quando comparada a outros três estudo, demonstra que o Projeto de extensão proporcionou as idosas troca de experiência e vivência em comunidade, estes benefícios interferem profundamente no estilo de vida e na qualidade de vida das idosas sendo evidenciada a necessidade de estudos futuros que compare a qualidade de vida das integrantes no momento da inclusão e após um tempo de participação, para quantificar a melhora do bem-estar biopsicosocial nesta fase da vida.

## 7 REFERÊNCIAS

- ARANHA, L. L. M. et al. Qualidade de vida relacionada em espanholas com osteoporose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40.n.2, abr. 2006.
- ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. I.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.11 - 21.
- AUQUIER P, SIMEONI M. C; MENDIZABAL H 1997. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**.v.33,1997. p.77-86.
- BISQUERRA, R. **Introdução a estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BRITO, F.C.;RAMOS, L. R. Serviço de atenção à saúde do idoso. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.394-402.
- BORGES, P. L. C., et al, Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24 n.12, dez. 2008. p. 2798-2808.
- BOUTIQUE, N. C.;SANTOS,R. L. A. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 82-91.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Colet**. v. 5, n. 1 Jan.- Jun, 2000. p.163-177.
- CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso In: SALDANHA, A. I.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed.Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.41-47.

CARDOSO, A. L. Indicadores sociais e políticas públicas: algumas notas críticas. **Proposta** v. 77, 1998. p.42-53.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPAEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.60-70.

COELHO FILHO, J. M, RAMOS L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**. v.33, n.5, 1999. p. 444-53.

COSTA, H. O.; et al. O Impacto da voz na qualidade de vida da mulher idosa. **Rev.Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v.71, n.2, mar.- abr. 2005.

DIOGO, M.D.; NERI, A.L.; CACHIONI.M.; **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2004.

DONA, D. et al. Fisioterapia, saúde e qualidade de vida em idosos atendidos pelo CRAS Interlagos no Município de Linhares-ES. **Fisio Brasil**, a.11, n 87, fev. 2008. p.30-5.

DONNANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FAVAROTO, M. E. C. ALDRIGUI, J. M.; A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implecações na qualidade de vida. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo v.47 nº. 4. Out. – Dez. 2001.

FREUD,S. O mal-estar na civilização (1930). Rio de Janeiro, Imago, 1980. (**Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**, v. 21).

GALHARDO,V. A. C.; AVILA,D. Diabetes mellitus no idoso. In: SALDANHA, A. I.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.221-4.

GUIMARÃES, C. B. M. Hipertensão arterial. In: SALDANHA, A. I.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.231-8.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da expectativa de vida para 2050. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em 25/01/2008

IDF- **Internatinal Diabetes Federation**. What is diabetes? Brussels (BE): IDF; 2006. Disponível em: <[www.idf.org](http://www.idf.org)>. Acesso em: 25/08/2008.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 92-7.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. São Paulo; 2002. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

MINAYO M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v.5, 2000. p.7- 18.

MORANGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

MURUCCI, M. F. N.; MERCURIO, R. Nutrição, longevidade e qualidade de vida. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29, n.04, out. - dez.2005. p.575-84.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2005. p.26-43.

PAPALETTO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev Assoc Med Bras**, Belo Horizonte, v.54, n1. 2008. p.55-60.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento 1998. **Informe sobre o desenvolvimento humano**. Brasília, PNUD, 1998. p. 280.

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

RAMOS, L. R.; Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev de Saúde Pública**. v. 27, n.2, 1993. p. 87-94.

ROCHA A.D.; OKABE I; MARTINS MEA; MACHADO PHB; MELLO TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 5 2000, p. 63-81.

ROLIM, F. S. FORTI, V. A. M.; Envelhecimento e atividade física: auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alinea; 2004. p.57-74.

SALDANHA, A. I.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad de Saúde Publica**. v. 20 2004.p. 580.

SWELTER, S. C; BARE, B. G.; et al: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TAVARES, D. M. S.; et al. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. **Texto Contexto - Enfermagem**, vol.16, no.1 ,jan.- mar, 2007. p.32-39.

TORES, V. S.; et al; Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem estar dos idosos e de suas família. In: DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alínea, 2004. p.97-106.

VAROTO, V. A. G; TRUZZI, O. M. S; PAVARINI, S. C. I. Programas para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. **Texto Contexto Enferm.** v.13, n 1, , Jan.-Mar 2004. p. 14 – 107

VITORINO, D. F. M.; et al, Utilização do SF-36 em ensaios clínicos envolvendo pacientes fibromiálgicos: determinação de critérios mínimos de melhora clínica. **Revista Neurociência**, v.12,n.3, 2004.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41 n.10, 1996. p. 403- 9.

# ANEXOS

## ANEXO A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa:** "Análise da qualidade de vida em idosas atendidas pelo Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM"

**Nome da Pesquisadora:** Aline da Silva Cosmo Rubia.

**Nome do Orientadora:** Valquíria Cuin Borges

**Co-orientadora:** Tânia Maria Bigossi do Prado

**Natureza da pesquisa:** A Sra está sendo convidada a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a qualidade de vida das participantes do projeto, quanto a sua autonomia nas funções do dia-a-dia.

1. **Participantes da pesquisa:** serão avaliados participantes do Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso - EMESCAM
2. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a Sra permitirá que a pesquisadora, Aline da Silva Cosmo Rubia, realize a avaliação através de teste específico. A Sra tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Sra. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa a pesquisadora e, se necessário ao Comitê de Ética em Pesquisa.
3. **Sobre a entrevista e teste:** Serão realizados uma única vez, no horário de do Projeto, às 6ª feiras das 14h às 17h, com perguntas sobre sua saúde.
4. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados pessoais.
6. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a qualidade de vida dos participantes do Projeto de Extensão, de forma

que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar futuros estudos experimentais, que poderão trazer benefícios diretos, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

7. **Pagamento:** A Sra não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

#### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

#### **TELEFONES**

**Pesquisadoras:** Aline Cosmo: 98179465

**Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa:** 3334-3586.

## ANEXO B

## Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida –SF 36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido	1	2	3	4	5	6

desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

<b>Todo Tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	<b>Definitivamente verdadeiro</b>	<b>A maioria das vezes verdadeiro</b>	<b>Não sei</b>	<b>A maioria das vezes falso</b>	<b>Definitivamente falso</b>
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**Pesquisa - Análise da Qualidade de Vida em Idosas Atendidas pelo Projeto de Extensão Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – EMESCAM.**

**Pesquisadora:** Aline da Silva Cosmo Rubia

**Orientadora:** Valquíria Cuiin Borges

**Co-orientadora:** Tânia Maria Bigossi do Prado

**Questionário de Pesquisa**

1. Nome do Participante \_\_\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_

3. Estado Civil ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Separada ( ) Viúva

4. Escolaridade ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

5. Profissão: \_\_\_\_\_

6. Renda Mensal: \_\_\_\_\_

7. Hábitos de Vida: ( ) Etilista ( ) Tabagista ( ) nega vício

8. Apresenta alguma destas patologias: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Depressão ( ) Cardiopatia Outras: \_\_\_\_\_

9. Tempo de Participação no Projeto. ( ) 6 meses a 1 ano ( ) 1 a 2 anos ( ) 2 a 3 anos ( ) 3 a 4 anos

10. O que o projeto acrescentou de positivo ou negativo para sua vida: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_