

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

**OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL VISANDO A
QUALIDADE DE VIDA:
*CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA***

Autora: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Petra Chaves Sá

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Niterói, junho de 2018

Mestrado Profissional
Enfermagem
Assistencial



**OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL VISANDO A
QUALIDADE DE VIDA:
*CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA***

Autora: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Selma Petra Chaves Sá

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense/UFF como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Niterói, junho de 2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal Fluminense

S 244 Sardinha, Margarete Tereza Machado Ulrichsen.
Oficinas com idosos como tecnologia educacional visando
a qualidade de vida : contribuições para a enfermagem
gerontológica / Margarete Tereza Machado Ulrichsen
Sardinha. – Niterói: [s.n.], 2017.
110 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem
Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2017.
Orientador: Profª. Selma Petra Chaves Sá.

1. Idoso. 2. Tecnologia educacional. 3. Qualidade de vida.
I. Título.

CDD 618.97

Bibliotecária responsável: Suelen de Mendonça S. Cóquero CRB-7 6163

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
**OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL VISANDO A
QUALIDADE DE VIDA:
*CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA***

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

Autora: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selma Petra Chaves Sá (UFF)

Banca: Prof^a. Doutora Selma Petra Chaves Sá (UFF)

Prof^a. Doutora Ana Maria Domingos (UFRJ)

Prof^a. Doutora Miriam da Costa Lindolpho (UFF)

Suplente(s)

Prof^a. Doutora Ana Inês Souza (UFRJ)

Prof^a. Doutora Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (UFF)

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais, meu pai por circunstâncias da necessidade ter despertado em mim a arte de cuidar como profissão, a minha mãe que hoje necessita de cuidados, mas, que sempre me incentivou, como filha e enfermeira.

Ao meu esposo e meu amor, Rubeny, em não medir esforços para a realização de meus sonhos.

Aos meus filhos Lucas, Laís e Lauro por entender minha ausência, ansiedade e nervosismo.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento maior a DEUS autor e consumidor da minha fé e provedor de todas as bênçãos em minha vida. Aos idosos do CASIC (Centro de Atenção ao Idoso e Cuidador) da Universidade Federal Fluminense por ter aceitado participar deste estudo com muito carinho e dedicação, compartilharam suas experiências de vida, me ajudaram a construir este estudo.

À Professora Doutora Selma Petra Chaves Sá, minha orientadora, que com sua competência me orientou com suas observações e questionamentos que me impulsionava a buscar ainda mais. **MUITO OBRIGADA!**

Aminha amiga Elisabete Batista Santana Arruda por me ouvir me acalmar com palavras que traziam renovo a minha alma, e sua companhia para desacelerar a mente me encontrava para tomarmos café da manhã e fazer caminhadas e pedaladas, **AMIGA, ISSO NÃO TEM PREÇO! MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

Introdução: Este estudo tem como foco a qualidade de vida de idosos, sabendo-se que existe uma estreita relação entre a qualidade de vida (QV) e o envelhecimento. O envelhecimento possui uma representação para a sociedade: além da (QV) ser um assunto veiculado na sociedade, está no senso comum. Assim, o envelhecimento, como a qualidade de vida, também vem sendo tema atual de representações sociais (RS). **Objetivo geral:** Propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36. **Objetivos específicos:** Descrever as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida no processo de envelhecimento; analisar as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida e os resultados da aplicação da escala SF-36 e elaborar uma Tecnologia educativa em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF-36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida. **Metodologia:** Consiste em um estudo misto, portanto possui uma abordagem quanti-qualitativa, apoiada no referencial das representações sociais. Utilizou-se a técnica de discussão de grupo e a entrevista semi-estruturada junto aos sujeitos participantes do Centro de Atenção ao Idoso e Cuidador (CASIC), situado no município de Niterói. Os dados quantitativos foram tratados pela estatística descritiva e os qualitativos pela análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Dos resultados emergiram três categorias desvelando as representações sociais dos idosos participantes, a saber: 1ª - Qualidade de vida, aspectos interrelacionais e estilo de vida do próprio idoso; 2ª - Qualidade de vida, aspectos espirituais; 3ª - Qualidade de vida, dimensões sociopolíticas e econômicas. **Conclusão:** Foi elaborado um material para realização de oficinas com idosos participantes de grupos de educação em saúde que contempla as falas e representações dos idosos no que diz respeito à qualidade de vida com temática emergida das respostas da escala SF-36 de qualidade de vida e das oficinas e representações dos idosos e as atividades propostas emergidas durante as oficinas das representações dos idosos e também levantadas pela aplicação da escala de qualidade de vida. E ainda há percepções importantes a respeito das representações sociais do idoso acerca da qualidade de vida. Desta forma, o idoso constrói sua qualidade de vida com representação central na família.

Descritores: Tecnologia Educacional. Idoso. Qualidade de Vida.

WORKSHOP WITH ELDERLY AS EDUCATIONAL TECHNOLOGY FOR QUALITY OF LIFE: *CONTRIBUTIONS FOR A GERONTOLOGICAL NURSING*

ABSTRACT

Introduction: This abstract focus on the quality of life for the elderly and the relationship between quality of life (QV) and aging. Aging has a representation for society: besides (QV) is a subject conveyed in society, it is also common sense. This way, aging, as long as quality of life, are subjects of social representations (RS). **General objective:** To propose an educational technology in a workshop format based on the elderly social representations about quality of life and objective data of SF-36 scoring. **Specific goals:** To describe the elderly social representations about quality of life in the process of aging; analyze the elderly social representations about quality of life and the results of the SF-36 scoring application and to devise an educational technology in a workshop format based on the indicative values of the SF-36 scoring and the elderly social representations about your quality of life. **Methodology:** It consists in a mixed study, having a quanti-qualitative approach, supported on the social representations. The group discussion technique and a semi-structured interview with the Center of Attention of Elderly and Caregiver (CASIC) participants, in Niterói has been used. The quantitative data were treated by descriptive statistic and the qualitative by Bardim content analysis. **Results:** Three categories emerged from the results, showing the elderly social representations: 1st - Quality of life, inter relational aspects and elderly lifestyle; 2nd - Quality of life, spiritual aspects; 3rd - Quality of life, political-social and economical dimensions. **Conclusion:** A workshop material has been developed with elderly participants of health education group contemplating the speech and the elderly representations about quality of life with themes based in the SF-36 scoring answers, the workshops, elderly representations, the proposed activities emergind during the elderly representations workshops and also raised by the application of quality of life scoring. There are also important perceptions about elderly social representations about quality of life. This way, the elderly build your quality of life with central representation in the family.

Keywords: Educational Technology. Aged. Quality of Life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma da pesquisa.....	52
Gráfico 1	Distribuição do sexo dos participantes.....	53
Gráfico 2	Média e mediana da distribuição dos escores da escala SF-36 dos idosos participantes do CASIC UFF/Niterói.....	58
Gráfico 3	Média e mediana do Escore do Domínio “Vitalidade” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular.....	60
Gráfico 4	Média e mediana do Escore do Domínio “Aspectos Sociais” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular.....	60
Gráfico 5	Média e mediana do Escore do Domínio “Saúde Mental” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular.....	61

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Distribuição dos artigos selecionados de acordo com autor, ano, título do artigo periódico e principais apontamentos da revisão integrativa.....	17
Quadro 2	Classificação das variáveis. Niterói/RJ, 2017.....	48
Tabela 1	Principais estatísticas da idade dos participantes, global e por sexo.....	53
Tabela 2	Características dos participantes.....	54
Tabela 3	Acerca da escala SF-36 as principais estatísticas da distribuição dos escores da escala SF-36 dos idosos.....	57
Tabela 4	P-valores de testes de Mann-Whitney investigando a relação dos escores da escala SF-36 quanto ao sexo do idoso, as comorbidades, a religião e ao fato de morar ou não com outro idoso.....	59
Tabela 5	Análise de correlação entre os Escores da Escala SF-36 e a idade, renda e quantidade de patologia do paciente.....	62
Quadro 3	Palavras mais recorrentes no discurso dos idosos sobre QV.....	63
Quadro 4	Qualidade de vida, vida com qualidade.....	81

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	21
2.1	Envelhecimento	21
2.2	Qualidade de vida	23
2.3	Tecnologia favorecendo a qualidade de vida do idoso	24
2.4	Políticas Públicas de Saúde como suporte na qualidade de vida do idoso	27
2.4.1	<i>Política Nacional de Promoção da Saúde</i>	28
2.4.2	<i>Programa Nacional de Imunização (criado em 1973)</i>	30
2.4.3	<i>Política Nacional de Humanização (PNH)</i>	32
2.4.4	<i>Pacto pela Vida</i>	32
2.4.5	<i>Pacto pela Saúde</i>	33
2.4.6	<i>Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1.942/96)</i>	35
2.4.7	<i>Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03)</i>	35
2.4.8	<i>Legislação Nacional de Direitos dos Idosos (Decreto nº 5.109/04)</i>	36
2.4.9	<i>Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/06)</i>	36
2.4.10	<i>Envelhecimento Ativo</i>	37
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	38
3.1	Tipo de pesquisa	38
3.2	Campo de pesquisa	41
3.3	Participantes	42
3.4	Técnica e instrumentos de coleta de dados	42
3.5	Etapas da coleta de dados	43
3.6	Tratamento e análise	46
3.7	Variáveis em análise e instrumentos de medida	48

3.8	Considerações éticas e legais.....	50
3.9	Riscos e benefícios.....	51
3.10	Viabilidade econômico-financeira do projeto.....	51
4	RESULTADOS E ANÁLISE.....	53
4.1	Perfil sociodemográfico e condição de saúde.....	53
5	ANÁLISE DESCRITIVA.....	64
6	CHEGANDO ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	71
6.1	Aspectos interrelacionais e estilo de vida do próprio idoso.....	71
6.2	Qualidade de vida: aspectos espirituais.....	74
6.3	Qualidade de vida: dimensões sociopolíticas e econômicas.....	76
7	PRODUTO.....	79
7.1	Oficina.....	79
7.2	Plano de Desenvolvimento da Oficina.....	80
8	CONCLUSÃO.....	84
9	REFERÊNCIAS.....	87
10	APÊNDICES.....	95
11	ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre em âmbito mundial. Calcula-se que o número de idosos chegue a 64 milhões - quase 30% da população global – e já representam 13,7% da população brasileira, ou seja, 27,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos¹.

O processo de envelhecimento é caracterizado por um conjunto de alterações fisiológicas² e, apesar das progressivas limitações que ocorrem com o idoso, o maior desafio na atenção às pessoas idosas é contribuir para a melhoria na qualidade de vida. Vale ressaltar que o idoso quando dispõe de maior qualidade de vida costuma ser mais apto para o autocuidado à medida em que envelhece e, com isso, diminui a necessidade de tratamentos e de unidades assistenciais mais dispendiosos.

Muito embora haja políticas públicas de saúde direcionadas aos idosos para que tenham longevidade com qualidade, ainda se tem problemas com a efetivação e implementação dessa além da pouca divulgação na mídia, que dificulta a acessibilidade e a apropriação dos direitos pelos idosos. Assim, a população pouco informada de seus direitos é privada de usufruir dos benefícios que lhes são ofertados. Uma crítica a considerar é que tais políticas podem não atender inteiramente às necessidades dos idosos, uma vez que a estes não foi dada voz no momento da elaboração.

Quando o idoso desconhece seus direitos sociais ele se torna alienado de sua condição de agente produtor de saúde.

Considerando a importância da fala dos idosos durante as consultas de enfermagem e dos cuidados com os indivíduos, foi possível observar que esse sujeito (genérico) tem uma elaboração cognitiva e simbólica que estabelece o seu comportamento acerca da qualidade de vida no envelhecimento. Como exemplo, pode-se observar que, além dos idosos expressarem que a afetividade no seio familiar impacta positivamente nesta fase da vida, ela também, funciona como “cuidado terapêutico”.

Observam-se que o relacionamento familiar positivo é valorizado muito mais pelos idosos do que as medicações, exames, consultas médicas e isto nem sempre é considerado importante pelo profissional ou pensado como elemento importante da qualidade de vida do idoso. Outro fato percebido é que os idosos sem vínculos afetivos têm um comprometimento muito maior da sua qualidade de vida, se apresentam muito mais o

serviço de saúde, às vezes são de difícil aceitação das orientações dos profissionais de saúde, com distúrbios de humor e outras dificuldades na sua saúde.

O envelhecimento possui uma representação para a sociedade, além da qualidade de vida também ser um assunto veiculado na sociedade. Assim, o envelhecimento e a qualidade de vida estão no senso comum, mostrando que as pessoas pensam acerca dos assuntos da atualidade, configurando-se deste modo em objeto que pode ser estudado pelas representações sociais.

Isso foi o que impulsionou a busca pelo quê os idosos consideram como qualidade de vida (QV) e como o enfermeiro pode atuar com o uso de uma tecnologia educacional favorecendo a qualidade de vida de paciente idoso.

O envelhecimento é um processo que envolve aspectos biopsicossociais e podem acontecer desequilíbrios no seu decorrer, impactando diretamente o envelhecimento, a expectativa de vida e a estreita relação entre qualidade de vida e envelhecimento³.

A opção pela representação social se deve ao fato de que elas os idosos podem fornecer subsídio para desvelar os pensamentos e concepções do idoso acerca de suas vivências, experiências e expectativas, valorizando seus conhecimentos sobre qualidade de vida, uma vez que tais conhecimentos podem gerar melhores e maiores benefícios para o próprio idoso.

Diante disso, este estudo tem como foco os aspectos objetivos e subjetivos da qualidade de vida de idosos.

Qualidade de vida é ter alegria na vida, amor, amizade, saúde, independência, atividades intelectuais, bom relacionamento com a família, boas condições financeiras, realizar atividades físicas, dieta equilibrada, conviver com a natureza, ser generosa e solidária³. Portanto, é um conjunto de conceitos e valores que influenciam diretamente a vida das pessoas e necessita de inúmeras ações, principalmente quando se considera sua contribuição para a vida da pessoa idosa.

Portanto qualidade de vida pode ser entendida nas ideias subjetivas vale ressaltar que, neste trabalho, qualidade de vida pode ser apreendida nas ideias subjetivas do processo de bem-estar, do sentido de felicidade, da amplitude do amor, dos caminhos do prazer, buscando-se na realização pessoal qualidade de vida⁴ e satisfação do suprimento de necessidades psicobiológicas, sociais e espirituais⁵.

Diante disso, o conceito de qualidade de vida na velhice é composto por critérios tanto subjetivos quanto objetivos, sendo influenciado pelos valores individuais e da sociedade.

A partir das considerações acima, a QV é um assunto que deve ser discutido com os idosos tendo em vista a sua importância e representação, tanto individualmente quanto para a sociedade. Tais discussões com os idosos podem ser feitas a partir de tecnologias educativas (TE), em forma de oficina, grupos, atividades diversas realizadas pelos profissionais de saúde - entre eles o enfermeiro, para que a qualidade de vida dos idosos obtenha padrões considerados dignos.

Ressalta-se que as TE não devem apenas ser elaboradas com as perspectivas dos profissionais, mas também contemplar assuntos relacionados aos interesses do idoso, que venham ao encontro da subjetividade do sujeito. Assim, considera-se fundamental uma tecnologia que valorize as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida, tendo em vista que as mesmas poderão subsidiar o profissional - neste caso o enfermeiro - na elaboração de TE que contemplem tanto o objetivo abordado nas políticas e pela academia, quanto o subjetivo vindo dos próprios sujeitos que irão usufruir de tais tecnologias.

Além disso, o enfermeiro - fazendo parte da equipe de profissionais da saúde - necessita estimular ações para que a promoção em saúde das pessoas idosas nos diversos locais de sua atuação considere a perspectiva tanto do sujeito quanto do profissional para tal atuação.

Considera-se fundamental que, em âmbito da educação básica, o enfermeiro deva conhecer o que os idosos consideram importante acerca de qualidade de vida para favorecer a sua saúde.

A qualidade de vida tem um aspecto com ampla conotação e considera-se relevante permitir que o sujeito - no caso, o idoso - possa manifestar suas experiências e vivências daquilo que julga como preponderante em seu cotidiano e, assim, possa ser elaborada uma tecnologia educacional fazendo uma leitura de significação de seus simbolismos através das representações sociais e que venham a favorecer a educação em saúde.

A participação do enfermeiro em ações de educação em saúde é fundamental e é o que se propõe nesta pesquisa: a elaboração de tecnologia educacional em forma de oficinas de educação em saúde com atividades que venham de encontro às necessidades dos idosos e também consideradas relevantes para os enfermeiros.

É preciso encontrar os meios para inserir os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país⁶.

Assim, este trabalho propõe uma tecnologia educacional de cuidado em saúde em forma de oficinas de educação em saúde que contemplem estratégias e ações direcionadas para a promoção à saúde que possam favorecer o padrão de qualidade de vida do idoso em unidade básica de saúde e que seja importante e possível de ser realizada por enfermeiros.

Diante disso, as representações sociais da QV dos idosos de um serviço ambulatorial, tem como **objeto de estudo** a elaboração de uma tecnologia educacional em forma de oficina com idosos, tendo em vista suas representações sociais acerca de qualidade de vida e indicativos da escala SF-36.

As representações sociais possibilitam a identificação de modos compartilhados de pensar e de atuar do idoso, em relação ao processo de envelhecimento, que integrem a preocupação com a qualidade de vida e com a própria compreensão dos idosos ao caracterizar os conhecimentos e crenças dos grupos sociais a respeito do envelhecimento e qualidade de vida do idoso⁴.

A partir das considerações acima, emergiu a seguinte problematização:

Questão Norteadora

- Quais os elementos importantes para elaboração de uma tecnologia educativa a partir das representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida e levantadas por escala de qualidade de vida?

Hipóteses

- H1 - Dados objetivos advindos de escala de qualidade de vida podem contribuir para elaboração de tecnologia educacional em forma de oficinas para os idosos acerca do padrão de qualidade de vida.
- H0 - Dados objetivos advindos de escala de qualidade de vida não contribuem para elaboração de tecnologia educacional em forma de oficinas para os idosos acerca do padrão de qualidade de vida.

Objetivos

Objetivo Geral

- Propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36.

Objetivos Específicos

- Descrever as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida no processo de envelhecimento;
- Analisar as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida e os resultados da aplicação da escala SF-36;
- Elaborar uma Tecnologia educativa em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF-36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida.

Justificativa

A população idosa tem aumentado nas últimas décadas, o que acarreta a necessidade de melhoria na qualidade de vida a nível físico, biológico, emocional, familiar, social, cultural e de lazer, pois a longevidade é um fenômeno mundial. Assim, favorecer o padrão de qualidade de vida do idoso além da longevidade acarretará maior autonomia e menor custo com internações hospitalares.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância de uma pesquisa na qual se possa viabilizar a educação em saúde a partir de estratégias e ações em forma de oficinas, que promovam a saúde e a melhoria do padrão de qualidade de vida dos idosos.

Para justificar o estudo foi realizada uma revisão integrativa (RI) dos últimos cinco anos, com o objetivo de analisar a produção científica nacional e internacional acerca das representações sociais do idoso, o conhecimento do senso comum e de seus conceitos acerca de envelhecimento, qualidade de vida em idosos, como o idoso sente-se em relação a sua qualidade de vida, o que o idoso pensa sobre envelhecer com qualidade de vida. Esses pré-conceitos serão abordados a partir da ótica do idoso. A revisão integrativa é um método de pesquisa que auxilia os profissionais de saúde, além de proporcionar a eles a

obtenção dos “dados relevantes de um determinado assunto, em diferentes lugares e momentos, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa”^{7:763}.

O objetivo da revisão integrativa foi analisar a produção científica nacional e internacional acerca das representações sociais do idoso, ao conhecimento do senso comum e de seus conceitos acerca de envelhecimento, qualidade de vida em idosos, como o idoso sente-se em relação a sua qualidade de vida, o que o idoso pensa sobre o envelhecer com qualidade de vida. Esses pré-conceitos serão abordados a partir da ótica do idoso.

A questão norteadora que impulsionou esta pesquisa foi: qual o conceito do idoso acerca do envelhecimento e qualidade de vida? Os critérios de inclusão foram: artigos dos últimos 6 anos (2011-2016), artigos completos em português, inglês, espanhol, disponíveis nas bases de dados. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos e artigos cujos temas não abordaram a temática. Foram utilizados os seguintes descritores: tecnologia educacional; qualidade de vida; idoso.

Na minha prática profissional percebo que, embora seja tão relevante tema, a qualidade de vida está mais relacionada a consultas médicas e frequência às unidades básicas de saúde; no entanto, fica uma lacuna na prevenção e promoção da saúde relacionada ao cuidado de enfermagem e estratégias que fortaleçam um vínculo com atividades em grupo nas unidades básicas de saúde na promoção da saúde, a partir do entendimento do idoso.

A pesquisa foi operacionalizada no mês de agosto de 2016, por busca *online* na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: [MEDLINE, IBECs, BDENF]. Utilizando-se os descritores [tecnologia educacional, qualidade de vida, idoso], foram encontrados 185 artigos potencialmente relevantes disponíveis nas bases de dados, sendo 152 na MEDLINE, 20 na LILACS, 05 na IBECs e 08 na BDENF. Foi utilizado o refinamento com os filtros dos artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, artigos na íntegra, de forma gratuita nas bases de dados, recorte temporal de 2011 a 2016, artigos de texto completo.

Para iniciar a RI, a partir da leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 147 artigos, pois havia artigos repetidos e ainda os que, a partir da leitura de resumo e título, não coincidiam com a proposta do estudo, restando 06 artigos.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados de acordo com autor, ano, título do artigo periódico e principais apontamentos da revisão integrativa

(continua)

Autor principal	Ano	Título	Periódicos
1- Cláudia Maria de Mattos Penna	31 out. 2014, Brasil	Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?	REME rev. min. enferm; 18(4): 815-822, out./dez. 2014. Artigo em Português LILACS ID: lil-754353 Base de dados BVS SCIELO
2- Souza, Roseane da Silva;	2011, Brasil	Tecnologias assistivas para profissionais de saúde: um estudo de representações sociais	BDENF - Enfermagem ID: bde-23328 Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online) Base de dados BIREME SCIELO BVS
3- Ana Cristhina de Oliveira Brasil	mar. 2013, Brasil	Promoção de saúde e a funcionalidade humana	LILACS-Express ID: lil-677913 Base de dados BVS SCIELO

Quadro 1 – Distribuição dos artigos selecionados de acordo com autor, ano, título do artigo periódico e principais apontamentos da revisão integrativa

(conclusão)

Autor principal	Ano	Título	Periódicos
4- Dos Santos, Ialane Monique Vieira	2011, Brasil	Acolhimento no Programa Saúde da Família:	2011. Revista de Salud Publica, Base de dados LILACS SCIELO
5- Wagner Jorge dos Santos	8 agosto, 2014, Brasil	Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva Base de dados BVS SCIELO Revistas USP
6- Bernardo Gonçalves Marques,	2014, Espanha	O apoio como fator promotor da qualidade de vida do idoso	Bireme Revista Interuniversitária Base de dados BIREME SCIELO

Fonte: Autora, 2017.

O material selecionado para esta revisão consistiu em 06 artigos sendo 2 de estudo exploratório transversal quantitativo, 2 estudos qualitativos, 1 editorial e 1 artigo de revisão. O ano com maior quantidade de publicações foi 2014, com 3 artigos, seguido de 2011, com 2 e 2013, com 1. Em relação ao país, os estudos têm maior concentração no Brasil, com 5 estudos, e 1 na Espanha.

Na revisão integrativa observou-se que há um predomínio de estudos sobre a qualidade de vida de idosos, sobretudo aqueles cujos cuidados estão vinculados às políticas públicas de saúde. Entretanto, observa-se que ainda há poucas publicações no que tange à

melhoria da qualidade de vida em termos de aplicabilidade nas unidades de assistência primária.

Percebe-se que há um certo acolhimento e humanização; Contudo, explora-se pouco esses aspectos, no sentido de elaboração de estratégias de tecnologias para um trabalho de integração do idoso e QV.

Foi notado que há uma interação entre usuário do sistema de saúde e o profissional de saúde no acolhimento; entretanto, não há um olhar de maior inquietação desse profissional para as necessidades subjetivas desse sujeito, não valorizando a fala dele.

Foi observado ainda que o atendimento as unidades básicas precisam estar voltadas ao atendimento no que se refere as prevenções de doenças valorizando as oportunidades de cuidado preventivo.

Nesta perspectiva o estudo se justifica.

Relevância e contribuições do estudo

Considera-se que, ao propor uma tecnologia educacional em forma de oficinas que contenha estratégias e ações direcionadas à promoção da saúde, que possam favorecer o padrão de QV do idoso em unidade básica de saúde, seja relevante e possível de ser realizada por enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Dois equívocos devem ser evitados ao cuidar do idoso. Um deles é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças. Outro é o fato de tratar o envelhecimento natural como doença e, nesta perspectiva, diversos exames e tratamentos desnecessários acabam sendo solicitados⁸.

A Organização Pan-Americana de Saúde define envelhecimento como

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte^{9:30}.

O envelhecimento saudável do passado deve ser substituído pelo envelhecimento ativo para reformular a vida e produzir objetivos individuais autênticos de acordo com as necessidades da sociedade para demonstrar que o problema do idoso não é só dele, mas de todos nós. Assim, a implementação de uma tecnologia educacional visando a melhoria do

padrão de QV dos idosos mostra-se relevante para Gerontologia e é uma das propostas já mencionadas pela Política Nacional do Idoso (PNI) - ação governamental que incentiva e cria programas de lazer, esporte, atividades físicas que proporcionem melhoria da QV para o idoso e estimulem sua participação na comunidade. O desafio da PNI é a operacionalização de suas diretrizes no contexto atual e estimular ações e iniciativas que visam a mudança do modelo assistencial de saúde do idoso, privilegiando a atenção integral ao idoso de forma mais humanizada, com ações de prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde.

Além disso, a QV é uma decisão em última instância do sujeito e o elemento “envelhecer com qualidade” é possível, pois a riqueza é a vida, a alegria de viver, e independe de recurso vasto; surge como receita do que é ser saudável, com a independência e a autonomia¹⁰.

Assim, este estudo é relevante, pois pretende através da descrição das representações sociais do idoso acerca de QV, elaborar e implementar ações e estratégias em oficinas com idosos, que possam favorecer a melhoria da qualidade de vida dos idosos no campo da Atenção Primária à Saúde, contribuindo para um grupo social mais saudável, reduzindo assim suas comorbidade.

O estudo também contribuirá para as pesquisas em enfermagem gerontogeriatrica, na formação do enfermeiro, à medida que estes profissionais poderão ser informados acerca dos cuidados do enfermeiro, utilizando tecnologias educacionais com os idosos. Outra contribuição será para linha de pesquisa “o cuidado nos ciclos vitais humanos” e com o grupo de pesquisa do CASIC (Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Cuidador) e do Núcleo de Pesquisa em Fundamentos de Enfermagem (NEFE).

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Envelhecimento

O rápido envelhecimento demográfico, bem como as modificações da estrutura etária da população e as mudanças na organização da sociedade constituem importantes desafios para os indivíduos, famílias, comunidades e nações de todo o mundo. Nas últimas décadas, a esperança média de vida, principalmente nos países mais industrializados, teve um aumento extraordinário devido, principalmente, aos progressos da medicina, à melhoria dos cuidados com saúde, como maior higiene e melhor nutrição. O aumento da proporção de idosos na sociedade é um fenómeno relativamente recente, ao qual os países mais desenvolvidos ainda estão se adaptando¹¹.

O número de idosos no planeta jamais foi tão grande em toda a história (a maioria deles concentrada no continente europeu). Em 1995, já eram 578 milhões. Em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998). Já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que hoje, que é de 62,1 e 65,2. Isto se deve, principalmente, à redução na taxa de fecundidade¹.

A mulher, sob a influência das mudanças sociais que ocorreram a partir da década de 60, trouxe com ela alterações que vieram a afetar o emprego, a educação e ainda o casamento. Nos dias atuais, essa mulher tem a metade dos filhos que a geração de sua mãe costumava ter. A medicina preventiva, a nutrição adequada, saneamento e tratamento de água, uso de vacinas e antibióticos e também programas voltados para a qualidade de vida contribuem para o fato constatado¹.

A população brasileira em processo de envelhecimento merece reflexões mais aprofundadas do ponto de vista da saúde e da educação, que contemplem aspectos circunscritos às vulnerabilidades que influenciam as condições restritivas ao viver com QV¹².

O processo de envelhecimento pode ser o resultado de mudanças orgânicas funcionais e psicológicas que é compreendido por senescência. Ou, também pode ser modificado pela presença de afecções, sendo denominado de senilidade. Justamente estas

modificações, oriundas das afecções, podem proporcionar a perda da funcionalidade e comprometer a autonomia do idoso¹³.

O envelhecimento é marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, variando de indivíduo para indivíduo, pois essas variações sofrem influências de caráter genético, dos hábitos de vida e do ambiente em que esse indivíduo vive⁶. Entretanto, o processo de envelhecimento pode e deve ser um fator imprescindível de cuidado e atenção de todos para que suas limitações e declínios tenham menor impacto tanto em seu físico como no seu psíquico, pois o envelhecimento deve estar associado a um agregar de conhecimentos e saberes humanos merecedores de respeito e valor.

O envelhecimento é um processo inevitável, as alterações da estrutura e as perdas funcionais ocorrem em todos os órgãos e sistemas do corpo humano. Os principais problemas de saúde surgem do sistema nervoso central, aparelho locomotor, sistema cardiovascular e sistema respiratório. No entanto, há entidades patológicas que são mais frequentes nos idosos, entre as quais se destacam as demências³, entre elas a doença de Alzheimer.

As relações interpessoais familiares passam por várias fases durante o processo da doença de Alzheimer: o primeiro momento caracteriza-se pela falta de memória do doente e é vivenciada por ele com ansiedade e sofrimento. A família, de um modo geral, reage com irritabilidade e incompreensão. O segundo momento é marcado por um processo depressivo, e o contexto familiar responde superprotegendo o doente; e a terceira fase é marcada por despersonalização, pois o doente desconhece a si mesmo e aos outros. Neste momento, o doente passa a ser um estranho para a família, esta, por sua vez, começa a cristalizar o sofrimento. Frente a este quadro, os familiares começam a conviver com uma nova situação que se traduz em sobrecarga, ansiedade e tristeza¹⁴.

Portanto, o envelhecimento traz consigo a vulnerabilidade para os agravos de longa duração, sendo essa uma das causas da alta incidência de (re)hospitalizações. Tais doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional e, conseqüentemente, encaminham-se para o desenvolvimento de incapacidades. Cabe salientar que a hospitalização e o repouso no leito de forma intermitente podem determinar o agravamento da situação de saúde, tornando mais frágil a saúde do idoso.

2.2 Qualidade de vida

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁰ QV é o método usado para medir as condições da vida de um ser humano. Envolve o bem físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida¹⁰.

Uma interpretação sobre a dimensão subjetiva de qualidade de vida pode ser apreendida na ideia: estabelecer parâmetros quantitativos que possam expressar o subjetivismo do processo de bem-estar, do sentido de felicidade, da amplitude do amor, dos caminhos do prazer, buscando-se a realização pessoal, constitui o maior desafio para textualizar “qualidade de vida” de forma ampla e genérica, através de números ou indicadores que possam refletir a complexidade do termo⁴.

A QV pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações suas vivências e expectativa. Trata-se de conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e interrelaciona o meio ambiente com os aspectos físicos e psicológicos, o nível de independência, as relações sociais e as crenças pessoais¹⁵.

A QV está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade. Também compreende o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive³.

A enfermagem, lidando no seu cotidiano com as ações de promoção e proteção da saúde, está muito próxima dos aspectos relevantes para a promoção da qualidade de vida para seus pacientes. Mas QV, como decorrência da promoção da saúde, não parece ser ainda o foco do sistema de saúde formal⁴.

2.3 Tecnologia favorecendo a qualidade de vida do idoso

A tecnologia é utilizada como instrumento que colabora para a construção do conhecimento que, desenvolvido, venha a facilitar a realização de um trabalho, bem como viabilizar o entendimento e a aplicação de uma ação. A etimologia da palavra tecnologia: “tecno” deriva de *techné*, que é o saber fazer, e “logia” que vem de *logos* razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. A tecnologia envolve conhecimento técnico e científico e a aplicação desse conhecimento através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados a partir deste conhecimento¹⁶.

As tecnologias em cuidado de saúde podem ser classificadas em: leve, quando falamos de relações, acolhimento, gestão de serviços; em leve-dura, quando nos referimos aos saberes bem estruturados, como o processo de enfermagem; e dura, quando envolvem os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas¹⁷.

Neste estudo, a tecnologia leve proposta são as oficinas para idosos voltadas para as necessidades apresentadas pelos mesmos a partir das representações sociais de qualidade de vida dos idosos, e também levantadas em escala própria para avaliação. No Brasil, no final da década de 60 a investigação sistematizada em busca de um corpo de conhecimentos específicos de enfermagem e também a construção de modelos conceituais para a sua prática começaram a tomar destaque.

A construção do conhecimento da enfermagem teve suas primeiras tentativas quando surgiu a sistematização das técnicas e, mais tarde, com a preocupação em organizar princípios científicos para nortear a sua prática. Com o advento da fundamentação científica do cuidado de enfermagem, houve o reconhecimento da expressão tecnológica do cuidado, tanto como processo quanto como produto. Assim, percebemos que, na história da civilização, a tecnologia e o cuidado estão fortemente relacionados¹⁸.

Diversas são as tecnologias educacionais em saúde que podem favorecer atitudes mais positivas pelos profissionais de saúde que envolva também, os idosos. A tecnologia educacional é o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática. É um processo que envolve diferentes dimensões, do

qual resulta produto que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo em bens ou produtos simbólicos¹⁹.

A tecnologia educacional em saúde vai além de um simples produto ou um procedimento técnico. Entende-se esta tecnologia como o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, cooperando para o aumento de conhecimentos científicos na construção de produtos materiais ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática, ou seja, numa determinada realidade²⁰.

As instituições que assistem idosos realizam atividades ambulatoriais, em oficinas, grupos ou outras ações direcionadas a promover a saúde e educação em saúde, com vistas a favorecer a QV dos idosos. Entretanto, deve-se ter cuidado para que as mesmas não sejam elaboradas e realizadas sob a perspectiva do profissional apenas, mas também visando contemplar as necessidades dos idosos. Considera-se a intervenção a partir de oficinas pertinente a esse grupo populacional, pois, o envelhecimento, pode levar a pessoa para o isolamento social. Os grupos sociais são formados a partir de relações estáveis entre indivíduos que possuem interesses e objetivos em comum²¹.

Assim, é um processo que envolve diferentes dimensões, do qual resulta um produto, que pode ser um bem durável, uma teoria, um novo modo de fazer algo, em bens ou produtos simbólicos. Desse modo, tecnologia envolve saberes e habilidades e precisa ser distinguida de equipamento ou aparelho tecnológico, o qual se configura como expressão de uma tecnologia, resultante desses saberes que possibilitaram esse produto, convertido, então em equipamento²².

Nessa compreensão, a tecnologia não pode ser vista apenas como algo concreto, como um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam uma finalidade, nesse caso, o cuidado em saúde.

A tecnologia, portanto, permeia o processo de trabalho em saúde, contribuindo para a construção do saber (e em sua própria expressão); ela se apresenta desde o momento da ideia inicial, da elaboração e da implementação do conhecimento, mas também é resultado dessa mesma construção. Ou seja, ela é ao mesmo tempo processo e produto.

Além disso, a tecnologia também aparece na forma como se estabelecem as relações entre os agentes, no modo como se dá o cuidado em saúde, compreendido como um trabalho vivo em ato¹⁷.

Produzir tecnologia é produzir coisas que, tanto podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam necessidades. Essa tecnologia não se refere exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos conhecimentos acumulados para a geração de produtos e para a organização das ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana²³.

Nesse sentido, vale ressaltar que as tecnologias têm inúmeras possibilidades de utilização para promover saúde em consonância com as necessidades sociais do sujeito. As práticas educativas em saúde são pilares para a sua promoção e, no contexto atual, os idosos tornam-se importantes para a construção da consciência crítica necessária à autonomia do idoso, respeitando-se seus conceitos e valores²⁴.

Tecnologia educacional são instrumentos elaborados na intenção de facilitar o processo de ensino/aprendizagem como fio condutor de conhecimento, proporcionando ao sujeito a participação em um momento de troca de experiências e saberes, conduzindo ao aprimoramento do conhecimento²⁵.

A oficina é uma metodologia de trabalho que prevê a formação coletiva, além de ser um momento de interação e troca de saberes a partir da horizontalidade na construção do saber inacabado. Sua dinâmica toma como base o pensamento de Paulo Freire no que diz respeito à dialética/dialogicidade na relação entre educador e educando²⁶.

A oficina constitui um espaço de construção coletiva do conhecimento, de análise da realidade, de um confronto e troca de experiência. A atividade proporciona a participação, a socialização da palavra, a vivência de situações concretas através de sociodramas, análise de conhecimento, a leitura, a discussão de textos. O trabalho com distintas expressões da cultura popular são elementos fundamentais na dinâmica das oficinas²⁷.

Nesse sentido, as oficinas são importantes ferramentas na construção de saberes com os idosos para a melhoria do padrão de qualidade de vida. Tendo em vista que nas oficinas valoriza-se a construção coletiva, considera-se pertinente a utilização do referencial teórico das representações sociais para que essas oficinas contemplem as

necessidades e os pensamentos do senso comum acerca de qualidade de vida que venham dos idosos.

Vale destacar que tecnologias em saúde são “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações”; no caso, aos idosos, com oficinas que priorizam o cuidado em saúde para melhoria da qualidade de vida. Portanto, é muito mais do que os medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde²⁸.

2.4 Políticas Públicas de Saúde como suporte na qualidade de vida do idoso

Muitas são as políticas e leis propostas pelo governo que favorecem a melhoria do padrão de qualidade de vida das pessoas. A intervenção do Estado na saúde inicia-se em 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária ligada aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), fundado em 1977 e extinto ao ser fundido com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 27 de Junho de 1990, por meio do decreto nº 99.350, para formar o que é hoje conhecido como Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), suas categorias correspondentes.

Compreende-se políticas públicas “como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada”^{29:31}. Porém, é impossível discutir a elaboração de políticas em saúde sem entender a atuação, os deveres e direitos do Estado brasileiro e correlacionar com o indivíduo e seu coletivo. É necessária uma visão ampla da construção da saúde na política brasileira a fim de entender todas as particularidades culminando na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁹.

A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico hospitalar. Nesse período de introdução da política social brasileira, a relação do Estado com a sociedade civil é assinalada pelo fato de “[...] a expansão e consolidação da política

social no período pós-crise de 1929-1932, sobretudo, foi abalada pelos acontecimentos mundiais das três décadas do século XX^{30:108}.

Portanto, algumas leis direcionavam a assistência de saúde de um modo geral e a especificidade na atenção ao idoso.

As políticas públicas em saúde devem visar às melhorias e necessidades da população, seguindo assim os princípios norteadores do SUS. É importante, então, avaliar qual a concepção assumida de saúde e sua configuração na Constituição Federal (CF/88), a fim de compreender os processos em saúde e ser capaz de efetuar mudanças e elaborar políticas em saúde condizentes com as necessidades e princípios expressos na Constituição Brasileira. Porém, percebeu-se a necessidade de avaliar as políticas públicas em saúde efetivas e sua condicionalidade com a CF/88, a fim de permitir e fundamentar a atuação do gestor e gerar ferramentas para sua melhoria³¹.

O artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1998, declara que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e equânime às ações e serviços.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde³².

2.4.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006 com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais – prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção de doenças e promoção da saúde, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada.

Atividade física: o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa “Academia da Saúde”, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão para 4 mil academias até 2014. De acordo com meta estabelecida

no Plano Plurianual 2016-2019, o Ministério da Saúde deve custear 3.500 pólos do Programa Academia da Saúde. Trata-se de uma política pública capilarizada no território, visto que já alcançou cerca de 2.900 municípios brasileiros, de todas as unidades da federação, o que indica o compromisso do estado brasileiro com a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis e sustentáveis em todo o território nacional³³. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física. Somente em 2011, houve mais de mil projetos em andamento em todo o país. O objetivo do programa do envelhecimento ativo é de melhorar a qualidade de vida, à medida em que as pessoas ficam mais velhas. Dentre os objetivos, os relacionados são:

I. Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral;

II. Promoção do envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar;

III. Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde;

IV. Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas;

V. Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos;

VI. Criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade³⁴.

Tanto o Programa de Academia da Saúde quanto o Programa do Envelhecimento Ativo têm como o objetivo central a utilização de tecnologias leves de cuidado. Essas estratégias foram estimuladas pelo resultado de 3,2 milhões de pessoas idosas morrem a cada ano devido à inatividade física¹. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade¹. Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão. Tais estratégias não se limitam aos idosos, mas à população em geral.

Então isso aponta a necessidade de trabalhar com a promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde, especificidade em que configura-se um campo próprio para o desenvolvimento das atividades do enfermeiro.

Esta declaração afirma que todos possuem o direito à saúde e que o Estado garantirá este desafio por meio da implementação das políticas de âmbito social e econômico, sendo as instituições de saúde, principalmente a Atenção Primária, que implementarão essa assistência.

As Diretrizes da Educação para a Saúde definem educação em saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”^{35:25}. Esta mudança de comportamento necessita valorizar os padrões de saúde concedidos pelo governo para a população, mas também valorizar o pensamento do sujeito que serão submetidos a tais ações.

Decorre daí que, no horizonte de pensar uma intervenção em Educação e Saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos entendidos como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes, expressos em parte nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana²².

O enfermeiro pode contribuir para a educação em saúde dos idosos visando a melhoria da qualidade de vida, mas não deve deixar de considerar que ensinar não é transferir conhecimentos e sim instigar novos conhecimentos. Além disso, a educação em saúde deve proporcionar condições para despertar no idoso e no enfermeiro, ao mesmo tempo, o estímulo de desvendar as novas tecnologias e sua repercussão na vida das pessoas, da sua família, na sociedade.

Então, neste trabalho, considera-se que o enfermeiro como educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educado é³⁶.

2.4.2 Programa Nacional de Imunização (criado em 1973)

Uma das principais medidas que preservam a qualidade de vida é a imunização, que se caracteriza como o processo de fazer com que um indivíduo se torne não-suscetível a uma infecção em particular. Nas últimas décadas, entre os maiores avanços observados na área da saúde, a imunização vem ocupando um espaço progressivamente maior em todo o mundo. O Ministério da Saúde é responsável pela organização da política nacional de vacinação da população brasileira³⁷.

Para a população idosa, um dos maiores desafios da saúde pública na atualidade é a prevenção de enfermidades que interferem no desenvolvimento de suas atividades rotineiras. A meta é garantir qualidade de vida, incluindo independência, interação social, cuidados com a saúde e envolvimento com a comunidade. A vacina é um desses métodos.

As epidemias de influenza entre 1998 e 2000, demonstrando uma associação consistente entre a vacinação da população idosa e a redução dos riscos de hospitalização por doenças cardíacas, cerebrovasculares e pneumonias, além da queda no número de óbitos por todas as causas durante as temporadas de gripe, na referida faixa etária⁵. Por décadas, as epidemias anuais de influenza vêm sendo associadas ao aumento da mortalidade por patologias cardiovasculares³⁸⁻³⁹.

A proteção da população idosa contra o tétano acidental também tem sido um objetivo dessas campanhas de vacinação, desde 1999. Essa população alvo apresenta vulnerabilidade aos acidentes e os cuidados com suas lesões são não raras. A população idosa contra o tétano acidental também tem sido um objetivo dessas campanhas de vacinação, desde 1999⁶.

Essa população alvo apresenta vulnerabilidade aos acidentes e os cuidados com suas lesões são, não raras vezes, inadequados, colocando-lhes em risco frente à presença do bacilo tetânico. De 2000 a 2004 (este último com dados provisórios), foram aplicadas aproximadamente 12 milhões de doses da vacina dT (contra difteria e tétano), das quais 4,6 milhões foram de primeiras doses.

Dados de 1999 a 2004, fornecidos pela Vigilância Epidemiológica, demonstram que o risco de contrair o tétano acidental se eleva de modo diretamente proporcional ao aumento da faixa etária, refletindo a insuficiência ou mesmo a ausência de políticas de prevenção e controle da enfermidade em décadas passadas³⁹.

A oferta da vacina para a população idosa se mantém em 2005. Assim como a antipneumocócica para os institucionalizados, a vacina contra febre amarela é contraindicada a idosos, por ser uma vacina de vírus vivos e o idoso ter baixa imunidade, o que pode levar ao risco de contrair a doença. Nesse sentido, a aplicação da vacina deve ser analisada caso a caso, criteriosamente, de acordo com o custo-benefício ao idoso.

2.4.3 *Política Nacional de Humanização (PNH)*

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde para atuar de forma transversal da atenção e gestão. É uma iniciativa do SUS para qualificar a práticas de gestão e atenção em saúde com perspectivas de transformação para produzir novas atitudes em todos os segmentos da atenção, seja ela gestão atenção para superação de problemas. Para se efetivar a humanização é fundamental que os sujeitos participantes dos processos em saúde se reconheçam como protagonistas e corresponsáveis de suas práticas, buscando garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde⁴⁰.

O Programa Saúde na Escola (PSE) desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, tais como pressão arterial e avaliações nutricionais, que diagnosticam precocemente a hipertensão e a obesidade, e ações de promoção da saúde que induzem também ações de alimentação saudável e a prática de atividade física regular.

O Programa Academia da Saúde foi criado em abril de 2011 e ancorado em experiências municipais em curso no Brasil que apresentam evidências de efetividade no aumento da frequência de prática da atividade física pela população³. Acolher a pessoa idosa de forma humanizada e integral favorece a criação de vínculos com ética, compromisso, respeito. É preciso planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência em conformidade com o Caderno de Atenção Básica nº 19 (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa)⁶.

2.4.4 *Pacto pela Vida*

O Pacto Pela Vida é um programa de Estado criado pela Lei nº 12.357 de 26 de setembro de 2011, no âmbito do Sistema de Defesa Social (SDS), cujo objetivo principal é a promoção da paz social.

No Pacto pela Vida, são firmados compromissos em torno das medidas que resultem em melhorias da situação de saúde da população brasileira. A partir dele, definem-se prioridades e metas a serem alcançadas nos municípios, regiões, estados e país. Atualmente, são seis as prioridades em vigência e, entre essas, as que têm importância neste trabalho são a de saúde do idoso; promoção da saúde e atenção básica à saúde.

2.4.5 *Pacto pela Saúde*

Criado em 2006 pela Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicada na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Esse pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes⁴¹.

Os estados/regiões/municípios pactuam as ações para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas, com destaque para a saúde do idoso como a perspectiva deste estudo:

- a) Saúde do Idoso;
- b) Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- c) Redução da mortalidade infantil e materna;
- d) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) Promoção da Saúde;
- f) Fortalecimento da Atenção Básica.

Especificamente para a saúde do idoso, as diretrizes e metas são:

- 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.

E ainda contam com as seguintes ações estratégicas:

- a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde;
- b) Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- c) Programa de Educação Permanente à Distância - implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde;
- d) Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;
- e) Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa;
- f) Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar;
- g) Atenção domiciliar - instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde;
- h) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas⁴².

Nesse sentido, vale enfatizar que as políticas de saúde, a promoção da saúde e a qualidade de vida que se pretende para os idosos vêm consolidar os cuidados os quais se fazem necessários para assegurar a manutenção da saúde.

2.4.6 Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1.942/96)

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, tal determina o artigo 10, inciso II, alíneas *a* e da Lei nº 8.842/94:

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:
[...]
II - na área de saúde:
a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.
[...]^{43:n.p}

2.4.7 Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03)

O Estatuto do Idoso tem como objetivo a garantia de direitos e o cumprimento das obrigações da família, da comunidade e do poder público. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso visam garantir a realização dos direitos humanos da pessoa idosa⁴⁴. A população brasileira está envelhecendo – um reflexo, dentre outros fatores, do aumento da expectativa de vida devido aos avanços que o sistema de saúde vem conquistando. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2014, os idosos já representavam 13,7% da população brasileira – 27,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos ou mais. Em 2050, as projeções demográficas indicam que esse número chegue a 64 milhões – quase 30% da população⁴⁵.

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde

direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas⁴⁴.

A mesma visão possuem a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, com o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Somente a título de maior esclarecimento, registre-se que, conforme preceitua o artigo 2º da Lei nº 8.842/94 (Política Nacional do Idoso), “*considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade*”^{43:n.p.} (grifo nosso). Ambas as leis definem que deve ser garantida a esse público a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, na prevenção, promoção, proteção e recuperação, mediante programas e medidas que evitem as doenças.

2.4.8 *Legislação Nacional de Direitos dos Idosos (Decreto nº 5.109/04)*

A Legislação Nacional de Direitos dos Idosos foi criada com o objetivo de promover a inclusão social. O estatuto institui penas rigorosas a quem desrespeita ou maltrata o idoso, além de garantir direitos e prioridades em diversas situações.

A Legislação Nacional de Direitos dos Idosos tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), bem como acompanhar e avaliar a sua execução⁶.

2.4.9 *Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/06)*

A Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa busca garantir atenção adequada e digna à população idosa brasileira. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde.

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (item 3 do Anexo da Portaria nº 2.528/06), constam: “a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa [...] d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa [...]”^{46:n.p.}

2.4.10 *Envelhecimento Ativo*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua “envelhecimento ativo” como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, e à medida em que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho⁴⁷.

Vale ressaltar que o envelhecimento saudável visa acrescente manutenção da capacidade funcional do bem estar da pessoa em idade avançada de acordo com o relatório Mundial de envelhecimento e saúde deve ser incluído em todas as políticas e em todos os níveis de governo, onde o mesmo tem por objetivo otimizar a capacidade funcional através de cinco domínios: Atender às suas necessidades básicas; Aprender, crescer e tomar decisões; Movimentarem-se; Construir e manter relacionamentos; e Contribuir. Esses domínios contribuem para que se envelheça de forma segura e manter sua autonomia e saúde.

É importante que o processo de envelhecimento seja vivenciado de forma natural e não como um problema. Contudo, para que se tenha autonomia e independência é necessário uma mudança nos comportamentos e atitudes da população, tanto na formação dos profissionais de saúde quanto de apoio social, além de uma qualificação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim comum a adaptação do meio ambiente, de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada⁴⁸.

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de pesquisa

O estudo consiste em uma pesquisa metodológica com abordagem quantitativa. No que diz respeito à abordagem qualitativa, foi utilizado o referencial teórico das representações sociais para levantar as representações sociais de qualidade de vida a partir das falas dos idosos. Além disso, para contemplar a abordagem quantitativa, foi aplicada a escala SF-36 com os idosos para identificar, estatisticamente, o valor dos diversos domínios da escala.

A pesquisa metodológica usa sistematicamente os conhecimentos disponíveis além de propiciar a elaboração e/ou melhora de um instrumento, dispositivo ou de um método⁴⁹⁻⁵⁰. Assim, adequa-se à proposta desta pesquisa que visa a elaboração de uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36.

A abordagem qualitativa ocorrerá para que seja elaborada uma tecnologia em forma de oficina com conteúdos propostos que favoreçam a qualidade de vida dos idosos. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa tem a característica de trabalhar as representações, os pensamentos e a subjetividade dos sujeitos como métodos de trazer à luz suas representações analisando suas ideias e conceitos⁵¹. Vale ressaltar que os aspectos objetivos foram avaliados pela escala SF-36 e os subjetivos foram levantados pelas representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida. Esses aspectos foram utilizados para proposição de tecnologia educacional em forma de oficina sobre qualidade de vida no envelhecimento. A tecnologia produzida no estudo foi proveniente das discussões nas oficinas e grupos realizados.

A abordagem quantitativa dará suporte também para a elaboração da tecnologia educacional em forma de oficina, a partir dos dados objetivos da aplicação da escala SF-36.

Neste estudo, optou-se por utilizar o referencial teórico das representações sociais por perceber-se que o conceito de qualidade de vida comporta as peculiaridades tanto objetiva quanto subjetiva do sujeito, além de ser um fenômeno midiático, comentado pela e na sociedade. Dessa forma, busca-se identificar essa subjetividade, no intuito de

contemplar suas representações sociais além de aplicar a escala de qualidade de vida SF-36 para levantar os dados objetivos.

Para que o profissional tenha uma base objetiva acerca de qualidade de vida, existem escalas para avaliar, como a SF-36. Então, o enfermeiro sempre necessita conhecer as possibilidades de avaliar os dados objetivos, como o caso de uma escala, e também valorizar o subjetivo do usuário conhecendo e utilizando referenciais que dêem tal condição que, nesta pesquisa, foram as Representações Sociais.

O grande teórico das representações sociais (RS) foi Sèrge Moscovici, psicólogo romeno que introduziu o conceito das representações sociais a partir de estudos sobre o modo como a psicanálise penetrou o pensamento popular na França⁵².

Nesse sentido, as representações sociais são percebidas nos fenômenos sociais e torna-se necessário descrevê-los, explicá-los e relacioná-los com o modo de viver e o pensamento das pessoas⁵³. Neste trabalho, percebe-se que a qualidade de vida é um fenômeno social que pode ter peculiaridades objetivas e também subjetivas.

As RS se apresentam como uma forma de interpretar e pensar a realidade cotidiana, além de perceber a atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para confirmar suas convicções em relação às vivências, eventos, objetos e às comunicações implícitas dos sujeitos. Nesse sentido, essas representações sociais são processos pelo quais se estabelecem as relações entre o mundo e as coisas – neste contexto, o envelhecimento e a qualidade de vida⁵⁴.

As RS de Moscovici⁵³, além de compreender como o conhecimento é produzido, também apresentam finalidade de analisar como seu impacto se expressa nas práticas sociais “no poder das ideias”. Os sistemas de pensamento formaram duas classes diferentes de universos, denominados por Moscovici “universos consensuais” e “universos reificados”. Os universos consensuais expressam as atividades relacionadas ao chamado de senso comum, visando entendimento do porquê as pessoas partilham o conhecimento. Desse modo, sua realidade é constituída por como eles transformam suas ideias em práticas, eclodindo suas representações sociais⁵⁵. Assim, esta pesquisa busca conhecer como o senso comum, elaborado pelos idosos, representa sua qualidade de vida no processo de envelhecimento.

Já o “universo reificado” pode ser descrito como o pensamento reificado que são construídos a partir dos saberes científicos, com objetividade e rigor lógico e

metodológico; porém, ambos os universos se interrelacionam, dando forma à nossa realidade.

A socialização possibilita interpretações acerca das vivências, tornando-as comuns a um grupo social. Nesse sentido, os conhecimentos científicos são moldados a um determinado contexto social e ganham nova roupagem, com significação própria⁵⁶.

As representações sociais buscam nortear os fenômenos múltiplos, observados e estudados em termos de complexidade individuais, coletivas, psicológicas e sociais. Sendo assim, os fenômenos muito presentes na sociedade são temas candentes em representações sociais como o envelhecimento, a qualidade de vida, a saúde, doença e outros¹.

Pode-se, então, dizer que as representações sociais é uma forma de desvelar os fenômenos sociais de ideias sentimentos e atitudes emergem a partir dos fenômenos sociais paratraduzir uma objetivação que as ideias, sentimentos e atitudes dando forma ao abstrato. Para que essa transformação aconteça, dois processos básicos são identificados como geradores de representação social: a objetivação e a ancoragem. Moscovici afirma que a objetivação é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstratas é transformado em algo concreto, quase tangível, tornando-se *“tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa”*^{12:92} (grifo nosso). A ancoragem é o processo pelo qual a ideia é trazida para o contexto do familiar, que a inclui na categoria de “imagem comum”¹².

Nesse momento, é dado nome àquilo que não tinha nome, sendo possível imaginá-lo e representá-lo. Tanto a objetivação quanto a ancoragem não acontecem de forma distinta; pelo contrário, elas se desenvolvem concomitantemente, interrelacionando-se, e dão sentido às representações sociais. Assim, expressa os significados de diversas questões relacionadas à realidade vivenciada por um determinado grupo de pessoas.

Nesse sentido, vale destacar que o caráter subjetivo das concepções do idoso acerca de sua qualidade de vida pode revelar uma necessidade implícita, a qual emergirá como base de sua própria satisfação, favorecendo uma conexão com o mundo e a elaboração de uma tecnologia educacional⁵⁵.

Assim, ao utilizar as representações sociais nesta pesquisa, observa-se como o idoso, um ser individual, pode mostrar de forma social as suas inquietações sobre sua representação de QV, o que contribuirá para impactar em uma dimensão social a vida do idoso.

Então os idosos têm o pensamento por diversas vezes diferente dos profissionais, acerca do que consideram QV. Isso necessita valorização pelos enfermeiros para que os mesmos possam elaborar estratégias em saúde e/ou educacionais, que sejam mais eficazes e que levem em conta o pensamento do idoso.

Portanto, representação social pode ser entendida como um conjunto de percepções, imagens, opiniões, crenças e atitudes mantidas por um determinado grupo. As relações estabelecidas entre esses elementos induz os indivíduos que compartilham de uma dada representação, à atribuição de significados próprios a fenômenos sociais⁵⁷.

3.2 Campo de pesquisa

O cenário da pesquisa foi o Centro de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores (CASIC) da Universidade Federal Fluminense (UFF), situado no município de Niterói, no Rio de Janeiro, Brasil. Esse é um programa de extensão vinculado ao Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF, cadastrado na Pró-reitoria de Extensão desde 1997.

No programa Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores (CASIC/UFF) tem-se a participação de diversos profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição e outros sendo desenvolvidas atividades diversas na atenção ao idoso saudável e portadores de doenças crônicas e degenerativas, sendo referência para atendimento de enfermagem aos idosos com demência.

A enfermagem, no programa, realiza atividades como: consultas de enfermagem com o idoso e também com o cuidador, palestras para orientação e informação de cuidadores de idosos com demência, oficinas terapêuticas com idosos com demência, oficinas de informação e atenção aos cuidadores desses idosos e visita domiciliar. No programa, ocorrem as consultas com idosos realizadas individualmente por toda a equipe multidisciplinar e também diversas atividades em grupo. Vale ressaltar que todas essas atividades se articulam com ensino, pesquisa e extensão do curso de graduação em enfermagem e outros.

3.3 Participantes

Considera-se que o total de participantes ocorreu a partir de uma amostra por conveniência com um número de 30 idosos.

Critério de Inclusão: Ter idade igual ou superior a 60 anos, ser atendido em qualquer atividade do CASIC, como nas diversas consultas e oficinas, e não ser portador de demência de Alzheimer devido ao distúrbio cognitivo.

Critério de Exclusão: Foram excluídos os materiais que venham de participantes com 20% de falta no momento da coleta de dados.

3.4 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Para esta pesquisa foram utilizadas as entrevista estruturada e a entrevista com discussão em grupo. A entrevista estruturada foi utilizada para a coleta de dados da escala SF-36 (Anexo 2) e dos dados sociodemográficos. A discussão em grupo foi utilizada para a coleta das representações sociais acerca de qualidade de vida segundo o idoso (Apêndice 2).

A escala SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 - item Short Form Health Survey) foi desenvolvida pelos estudiosos Ware e Sherbourne em 1992, tendo sido traduzido e validado para a língua portuguesa⁵⁸.

O SF-36 foi criado com a finalidade de ser um questionário genérico de avaliação de saúde de fácil administração e compreensão, porém sem ser tão extenso. É composto por 36 itens de autorresposta e mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a de um ano atrás⁵⁸. Destinam-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, subdivididos em oito dimensões, cada um com a sua própria característica³¹. São avaliados oito aspectos distintos: 1º - capacidade funcional; 2º - aspectos físicos; 3º - aspectos emocionais; 4º - dor; 5º - estado geral; 6º - vitalidade; 7º - aspectos sociais; e 8º - saúde mental.

Os itens são avaliados, dando-se um resultado para cada questão, que são posteriormente transformados numa escala de 0 a 100, em que zero é considerado o pior e 100 o melhor estado⁵⁸.

Para captar as representações foi utilizada a técnica de discussão em grupo. A técnica de entrevista mantenha discussão em grupo em grupo é uma forma de coleta de dados que tem o objetivo de provar a compreensão dos pensamentos, sentimentos, ações e atitudes⁵⁹.

Essa técnica de pesquisa constitui-se de sessões grupais para temas de interesse do pesquisador para conhecimento das experiências, perspectivas, crenças, valores e representações sociais do participante em ambiente permissivo, acolhedor e motivador à sua escuta.

3.5 Etapas da coleta de dados

A coleta de dados foi dividida em 5 (cinco) etapas, abaixo apresentadas.

1ª Etapa – Captação dos idosos

A captação os idosos (propensos participantes) foi realizada nos dias 29 e 30 de junho de 2017, através da busca aos prontuários dos idosos atendidos no CASIC. Após aplicados os critérios de inclusão acima citados, foram selecionados 52 nomes, sendo 40 do sexo feminino e 12 do sexo masculino. Dos cinquenta e dois prontuários selecionados, foi feito o contato telefônico com todos eles. Aceitaram participar do estudo 27 idosos e 25 declinaram do convite por alguns motivos, como: restrição motora, pós-cirúrgico, doenças; com outros, não foi possível o contato.

Dos 27 idosos que aceitaram, todos receberam uma nova ligação para confirmar os dias da realização da coleta de dados. Além dos 27 idosos, ocorreu uma demanda espontânea de mais 3 idosos que tiveram conhecimento da pesquisa nas dependências do Centro de Atenção e aceitaram participar da pesquisa. Assim, o número total de idosos participantes da pesquisa foi de 30 idosos.

2ª Etapa - Apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Os encontros ocorreram nos dias 04/07/17 e seu término em 10/10/17, foi entre 04/07 a 10/10 com um total de 30 idosos.

No dia 04/07/17, às 10:00h, foram convocados os 30 idosos selecionados para esclarecimentos acerca da pesquisa, assinatura do TCLE e preenchimento dos dados sociodemográficos.

Em seguida, deu-se a apresentação do pesquisador aos participantes e dos participantes ao grupo, leitura em voz alta e explicação do TCLE e foram ainda os participantes esclarecidos acerca do tema, dos objetivos do estudo e da pesquisa para o aceite e assinatura do TCLE. Após assinatura, foi entregue para ser respondido o questionário de perfil sociodemográfico (Apêndice 2). Os dados referentes ao perfil sociodemográfico foram: a identificação, a escolaridade, com quem o idoso reside, a renda familiar e individual e a existência ou não de enfermidade.

Foi também realizada para interação do grupo uma dinâmica de quebra-gelo, descrita a seguir.

Objetivo da dinâmica de sensibilização para idosos - promover uma integração maior entre os participantes de um grupo que já tenha iniciado uma convivência e/ou já possuía alguma convivência.

Explica-se aos participantes que será dada uma oportunidade para que aprendam mais uns com outros.

Quem estiver com a bola, deve passá-la a outra pessoa, que deverá dizer seu nome e revelar algo diferente sobre si (“gosto de viajar”, “sou tímido”, por exemplo, ou “tenho um cachorro”).

Quando todos tiverem falado, explica-se que na segunda rodada eles terão que passar a bola a alguém e dizer o nome da pessoa e o que ela disse na rodada anterior.

Atenção: deve-se observar quais participantes estão atentos e conseguem lembrar das informações que seu colega falou. Caso alguém tenha muita dificuldade, pede-se que os outros participantes o ajudem.

Apona-se a importância de saber ouvir, porque muitas vezes estamos tão preocupados com o que vamos dizer, que esquecemos de prestar atenção o que nos é dito.

O tempo de aplicação da dinâmica foi em torno de 15 minutos. Esta dinâmica foi realizada para que os idosos se conhecessem e também para que favorecesse a coleta dos dados nos próximos encontros.

Ao final do encontro, os participantes que foram bastante receptivos – perguntaram se poderiam trazer outros amigos que fazem parte do CASIC, mas que não estavam

participando daquele estudo, para que pudessem ser inseridos ao grupo. A resposta foi positiva e, a partir desse momento, outros idosos passaram a aderir ao grupo por livre demanda/convite dos idosos participantes (boca a boca). Ao comparecer na semana seguinte os sendo agendado outro dia alternando os encontros semanais e quinzenais. Formando outro grupo com encontros alternados semanais e quinzenais com dez idosos em cada encontro.

3ª Etapa - Aplicação da escala SF-36 (Anexo 2)

A aplicação da escala SF-36 deu-se da seguinte forma: foi realizada a leitura em voz alta e os participantes acompanhavam a leitura e respondiam de acordo com sua realidade. Quando havia alguma dúvida na interpretação da pergunta, era explicada para um melhor entendimento e maior fidedignidade da resposta do participante. A aplicação ocorreu em um dia para cada grupo.

Cada grupo tinha em torno de 10 idosos em cada semana. Neste encontro, os idosos responderam à escala SF-36, onde estão inseridos domínios das capacidades funcionais, limitações por aspectos físicos, dor, aspecto geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais, saúde mental.

4ª Etapa – Realização de entrevista com discussão em grupo

Vale ressaltar que esta etapa ocorreu em mais de uma vez, dependendo da disponibilidade dos idosos e também do esgotamento de todas as perguntas elaboradas para a coleta de dados.

A partir desta etapa, começaram a ser coletadas as representações sociais com as seguintes perguntas (Apêndice 2): para o senhor/senhora, o que é ter QV? Para o senhor/senhora, o que é ter QV na velhice? O que o senhor/senhora considera necessário para ter QV na velhice?

Esta etapa foi realizada a partir da técnica de discussão em grupo. Esta técnica se dá a partir de perguntas direcionadas ao grupo para que os idosos apresentassem suas experiências, discussões e percepções.

Foi lançada a primeira pergunta: “Para o senhor/senhora, o que é ter qualidade de vida?”

Nesses encontros, ao ser lançada a pergunta, era colocada uma bola sobre a mesa e o idoso, ao pegar a bola, passava a ter a palavra. Quando terminasse de falar, colocava a bola sobre a mesa e outro pegava a bola e assim sucessivamente, até que todos tivessem falado e respondido a pergunta abordada.

Vale ressaltar que a mesma técnica para responder as perguntas foi utilizada nos três encontros.

Desta forma, poderia ser observada a linguagem e a expressão de todos os participantes, além de tornar o ambiente mais favorável à sua atenção.

As falas foram gravadas em MP3 para futura transcrição. Esses encontros tinha a duração de 2 horas.

A segunda pergunta: “Para o senhor/senhora o que é ter qualidade de vida na velhice?”

A terceira pergunta: “O que o senhor/senhora considera necessário para ter qualidade de vida na velhice?”

5ª Etapa - Elaboração da tecnologia educativa em forma de Oficina de Qualidade de Vida com Idosos

Os assuntos elencados para as oficinas com os idosos emergiram de acordo com os resultados das RS levantadas e com os resultados da escala SF-36.

3.6 Tratamento e análise

Os dados coletados a partir dos instrumentos da escala SF-36 foram dispostos em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft Excel* 2013, construindo assim o banco de dados da pesquisa. O programa *Microsoft Excel* também foi utilizado para construção de alguns gráficos descritivos. A análise estatística dos dados foi feita através do programa *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 22.0.

A análise descritiva dos dados teve como objetivo descrever os perfis característicos dos participantes e analisar seus escores da escala SF-36. A análise descritiva foi feita baseada na construção de gráficos, distribuições de frequências e

cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse para todas as variáveis e cálculo de mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação – CV para a variável idade). A variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se $CV < 0,20$, moderada se $0,20 \leq CV < 0,40$, e alta se $CV \geq 0,40$.

A análise inferencial teve como objetivo avaliar a significância estatística das diferenças observadas entre grupos e foi baseada em testes de significância estatística para analisar se são significativas as associações entre variáveis e as diferenças encontradas na distribuição das variáveis quantitativas dos distintos grupos.

Na análise inferencial, para verificar se existe associação significativa entre duas variáveis qualitativas, objetivou-se usar o Teste Qui-Quadrado; entretanto a aplicação deste teste não foi possível devido ao pequeno tamanho amostral dos subgrupos. Na análise inferencial de uma variável quantitativa, a hipótese de normalidade da distribuição foi verificada pelos testes de Kolmogorov-Smirnov (KS) e pelo Teste de Shapiro-Wilk (SW). Foi considerado que a variável segue distribuição normal num determinado grupo se ambos os testes de normalidade assim concluíram.

Quando a hipótese de distribuição normal não foi rejeitada nos grupos a serem comparados, a comparação da variável quantitativa dos pacientes de dois grupos independentes – como, por exemplo, do grupo feminino e masculino – foi feita pelo teste *t-de Student* e a igualdade das variâncias, necessária para execução do teste *t-de Student* sem correção, foi avaliada dentro do teste *t-de Student*, pelo teste de Levene. Quando para ambos os grupos a hipótese de normalidade da distribuição foi rejeitada, a comparação da distribuição da variável quantitativa de dois grupos independentes foi feita pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A associação entre duas variáveis quantitativas foi investigada por análise de correlação, pelo coeficiente de correlação de Spearman. A significância do coeficiente de Correlação foi avaliada pelo teste do Coeficiente de Correlação, pelo qual conclui-se que um coeficiente é significativamente não nulo se o p-valor do teste for menor que o nível de significância 0,05. A correlação foi considerada forte se o coeficiente de correlação Spearman apresentasse valor absoluto maior que 0,7.

Todas as discussões foram realizadas ao nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes de significância estatística: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste foi menor que

0,05. Detalhes da metodologia proposta podem ser encontrados em Fávero et al.⁶⁰, Medronho et al.⁶¹ e Pagano, M. & Gauvreau, K.⁶².

3.7 Variáveis em análise e instrumentos de medida

As variáveis de caracterização sociodemográfica foram: idade, gênero, raça, escolaridade, com quem o idoso reside, renda familiar e individual e existência ou não de enfermidade. As variáveis da escala SF-36 são: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Quadro 2 - Classificação das variáveis. Niterói/RJ, 2017

Variável	Tipo de variável	Dependência
Idade	Quantitativa	Independente
Gênero	Qualitativa	Independente
Raça	Qualitativa	Independente
Escolaridade	Qualitativa	Independente
Renda familiar	Quantitativa	Independente
Renda Individual	Quantitativa	Independente
Patologias existentes	Quantitativa	Independente
Capacidade funcional	Qualitativa	Dependente
Limitação por aspectos físicos	Qualitativa	Dependente
Dor	Qualitativa	Dependente
Estado geral de saúde	Qualitativa	Dependente
Vitalidade	Qualitativa	Dependente
Aspectos sociais	Qualitativa	Dependente
Aspectos emocionais	Qualitativa	Dependente
Saúde mental	Qualitativa	Dependente

Fonte: Autora, 2017.

Para análise dos dados verbais utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin. Este método possibilita descobrir os núcleos de sentido, de acordo com a quantidade de vezes que o mesmo é mencionado, podendo significar algo que reflita no alcance de dados que contemplam o objeto de pesquisa⁶³.

Foram aplicadas as técnicas de Bardin: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁶³. Para seguir com a construção da análise de conteúdo e, respectivamente, a formação de categorias, é necessário utilizar as seguintes regras: 1) Regra da exaustividade: todos os elementos que surgiram dos documentos devem compor a análise; 2) Regra da representatividade: a amostra deve ser representativa do universo inicial; 3) Regra da homogeneidade: os documentos escolhidos devem respeitar os critérios de escolha; 4) Regra de pertinência: a análise deve ter correlação com o objetivo proposto pela pesquisa⁶³.

Durante a pré-análise, as entrevistas foram transcritas para *Microsoft Word*, sendo identificadas com as siglas de E1 (Entrevista 1) a E22. Foram transcritas todas as falas dos idosos de acordo com as respostas de cada pergunta pertencente ao formulário (Apêndice 2).

Em cada entrevista, foi analisada cada fala e grifadas todas as palavras semelhantes, sinônimas, de mesmo sentido e repetidas. Neste primeiro momento, após transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras flutuantes das entrevistas, possibilitando uma melhor afinidade com o conteúdo. Os textos transcritos foram lidos exaustivamente, a fim de encontrar palavras ou frases que expressavam sentido homogêneo e que se repetiam.

Cada palavra ou frase de sentido representativo ou semelhante foi considerada unidade de registro (UR), contabilizadas UR. Analisadas as UR que se repetiam e possuíam homogeneidade, dando origem às unidades temáticas.

A partir da identificação das UR que se repetiam, foram encontradas as seguintes unidades temáticas: amor, respeito, carinho, aceitação, gratidão a Deus, fé, paz, Deus, desafios da vida, força, igreja, autoestima, família, harmonia familiar, filhos netos, união, grupos, convivência familiar, relacionamentos, casamentos duradouros, amizade, tolerância, dialogo, amigos, ter saúde, passear, viajar, alimentação saudável, atividade física, autocuidado, ter casa própria, dinheiro, aposentadoria, tratamentos, medicamentos saúde pública, políticas públicas, transporte gratuito.

A análise e o tratamento da categorização utilizam a aproximação ou o distanciamento das unidades de registros, a partir de critérios que foram definidos anteriormente e que possibilitam verificar o que existe em comum entre os elementos.

A partir das etapas detalhadas acima, surgiram as seguintes categorias:

- Categoria 1 - Qualidade de vida, aspectos interrelacionais e estilo/cotidiano do próprio idoso;
- Categoria 2 - Qualidade de vida e aspectos emocionais e espirituais;
- Categoria 3 - Qualidade de vida, segurança e políticas públicas.

3.8 Considerações éticas e legais

Cumprindo os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁶⁴, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal Fluminense, campo do estudo, via Plataforma Brasil, para apreciação. O nº do parecer do CEP de aprovação da pesquisa tem o número 2.131.113 (Anexo 1).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) específico para a pesquisa com seres humanos foi apresentado pelo pesquisador aos participantes de forma clara e objetiva, antes do envolvimento dos participantes com a pesquisa como também foi devidamente assinado pelos idosos antes de sua participação (Apêndice 1). Os participantes foram livremente convidados a participar da pesquisa e os selecionados mostraram-se disponíveis.

Aos participantes foi garantido o direito de se retirar da pesquisa sem acarretar nenhum dano, bem como o direito de manter sua identidade preservada. São os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. A autonomia inclui o respeito pela pessoa, à sua vontade, aos seus valores morais e crenças ou, ainda, a de seu representante legal. Significa que a pessoa é considerada como um ser capaz de deliberar e tomar as próprias decisões no que se refere aos cuidados de saúde.

A beneficência diz respeito à obrigação ética de maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos ao indivíduo.

O princípio da não maleficência implica o dever moral de não ocasionar danos ou malefícios às pessoas e impedir que elas sejam colocadas sob riscos adicionais, seja no cuidado em saúde, seja na pesquisa biomédica e comportamental.

O quarto princípio, a justiça, refere-se à obrigação ética de tratar cada pessoa de acordo com o que se considera moralmente correto e apropriado. Em suma, atribui-se o princípio da autonomia ao cliente, os da beneficência e da não-maleficência ao pesquisador e o da justiça a todos os envolvidos.

A partir do momento da adesão ao estudo e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ocorreu o início da pesquisa.

Ressalta-se que, após o relatório finalizado, o mesmo será divulgado em reuniões científicas, eventos e em artigos científicos.

3.9 Riscos e benefícios

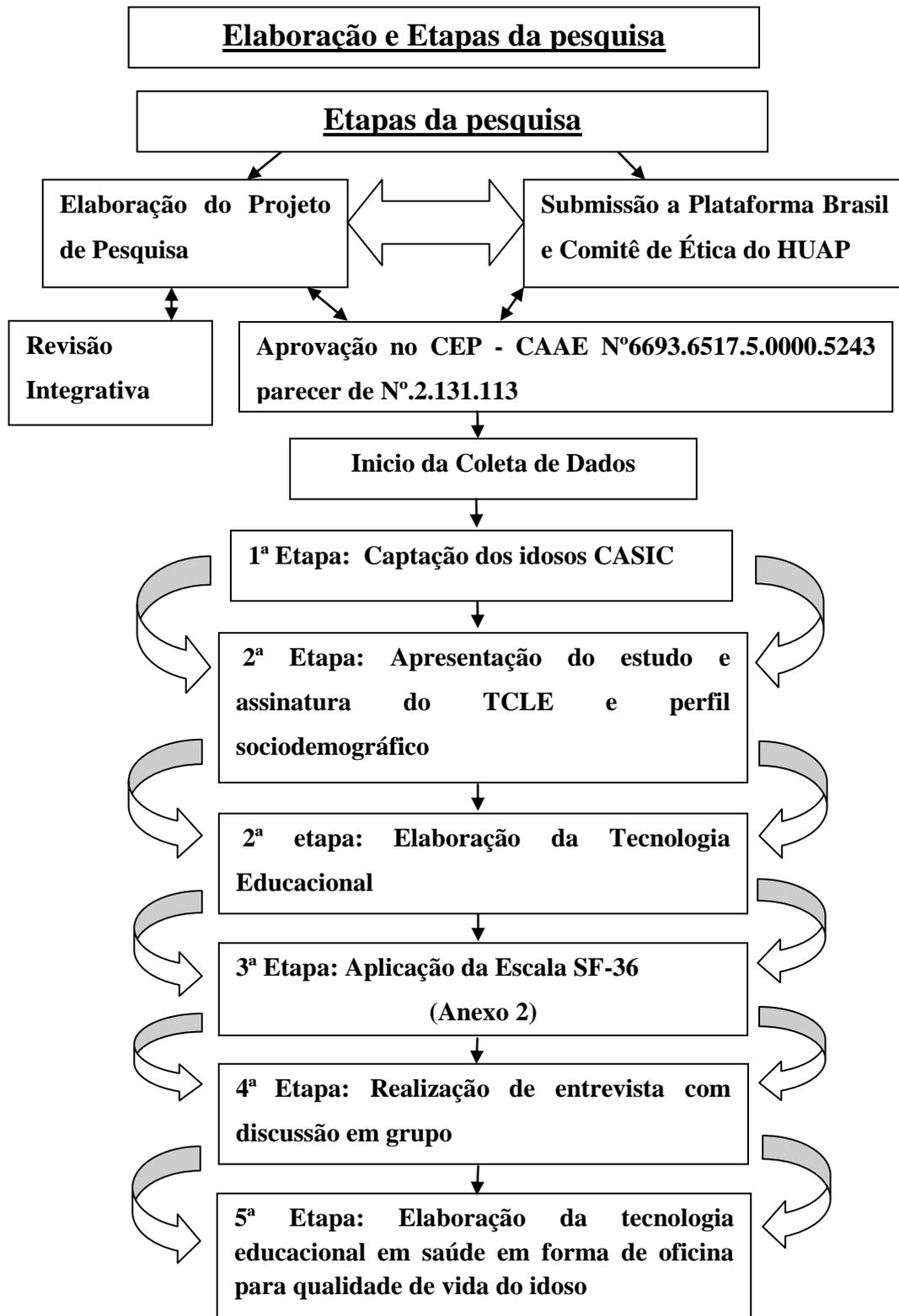
De acordo com a Resolução nº 466/2012⁶⁴, toda pesquisa em seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa poderia apresentar riscos mínimos decorrente de desconfortos gerados pelo estresse ou desconforto para o deslocamento, o que foi minimizado de forma a adequar os horários à comodidade dos participantes. Essas situações foram contornadas mediante a garantia de não obrigatoriedade de participação, salientando que não acarretou nenhum ônus para os participantes.

3.10 Viabilidade econômico-financeira do projeto

Ao participante não foi atribuído nenhum tipo de custo ou ônus decorrente de sua participação no processo de pesquisa, tendo sido os gastos custeados pelo idealizador do estudo (pesquisadora) através de recursos próprios.

Quanto aos ônus dos participantes, relativos ao deslocamento ao *locus* da pesquisa, ressalta-se que não acarretou gastos, uma vez que os idosos possuem a gratuidade nos coletivos, respaldada pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), em seu artigo 39, que reafirma que “aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares^{44:n.p.º}”.

Figura 1 – Fluxograma da pesquisa



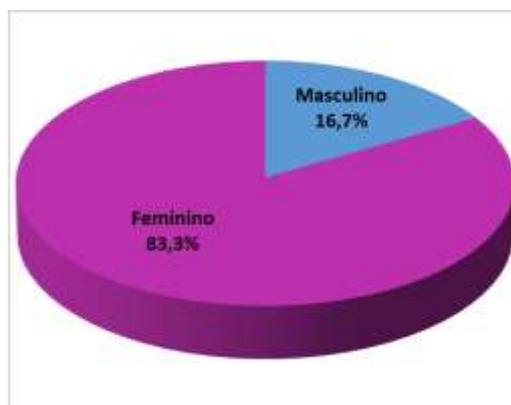
Fonte: Autora, 2017.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Perfil sociodemográfico e condição de saúde

O universo da pesquisa inclui como participantes 30 idosos, destes 25 do sexo feminino (83,3%), conforme mostra distribuição do Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição do sexo dos participantes



Fonte: Autora, 2017

As principais estatísticas da distribuição de idade dos participantes, global e por sexo, são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Principais estatísticas da idade dos participantes, global e por sexo
(continua)

Estatística	Global	Feminino	Masculino
Mínimo	60	60	63
Máximo	86	86	78
Média	73,1	73,6	70,6
Desvio Padrão	6,6	6,8	5,4
C.V	0,09	0,09	0,08
Mediana	72,5	73,0	71,0
p-valor do teste KS	0,200	0,200	0,200

Tabela 1 – Principais estatísticas da idade dos participantes, global e por sexo
(conclusão)

Estatística	Global	Feminino	Masculino
p-valor do teste SW	0,728	0,740	0,911

Fonte: Autora, 2017.

Legenda:

CV: Coeficiente de variação

KS: Kolmogorov-Smirnov (testes)

SW: Shapiro-Wilk (testes)

No global, os participantes tinham idade entre 60 e 86 anos, que resultaram numa média de 73,1 anos, mediana de 72,5 anos e desvio padrão de 6,6 anos, com coeficiente de variação igual a 0,09, evidenciando baixa variabilidade entre as idades dos participantes. Os p-valores dos testes de normalidade levam à conclusão de que a idade seguia distribuição normal, na amostra global, e nos dois grupos: feminino e masculino. Sendo assim, as distribuições de idades dos participantes do sexo feminino e masculino foram comparadas pelo teste *t-de Student*, que resultou num p-valor = 0,365. Devido ao pequeno tamanho amostral dos subgrupos, as idades também foram comparadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, que resultou em p-valor = 0,327.

A distribuição de frequências de variáveis que caracterizam os participantes é mostrada na Tabela 2, abaixo.

Tabela 2 – Características dos participantes

(continua)

Variável	Global		Feminino		Masculino	
	n=30		n=25		n=5	
	F	%	F	%	F	%
Raça						
Branca	20	66,7%	18	72,0%	2	40,0%
Parda	8	26,7%	6	24,0%	2	40,0%
Preta	2	6,7%	1	4,0%	1	20,0%

Tabela 2 – Características dos participantes

(continuação)

Variável	Global		Feminino		Masculino	
	n=30		n=25		n=5	
	F	%	F	%	F	%
Religião						
Católica	18	60,0%	14	56,0%	4	80,0%
Protestante	12	40,0%	11	44,0%	1	20,0%
Estado Civil						
Solteiro	2	6,7%	2	8,0%	0	0,0%
Casado	10	33,3%	7	28,0%	3	60,0%
Divorciado/Desquitado	8	16,0%	6	24,0%	2	40,0%
Viúvo	10	33,3%	10	40,0%	0	0,0%
Escolaridade						
Ensino Fundamental	22	73,3%	18	72,0%	4	80,0%
Ensino Médio	5	16,7%	4	16,0%	1	20,0%
Ensino Superior	3	10,0%	3	12,0%	0	0,0%
Quantidade de Patologias						
0	2	6,7%	0	0,0%	2	40,0%
1	6	20,0%	5	20,0%	1	20,0%
2	9	30,0%	8	32,0%	1	20,0%
3	11	36,7%	10	40,0%	1	20,0%
4	2	6,7%	2	8,0%	0	0,0%
Morbidades referidas						
HAS	24	80,0%	21	84,0%	3	60,0%
Cardiopatia	8	26,7%	8	32,0%	0	0,0%
Problema						
osteoarticular/muscular	23	76,7%	21	84,0%	2	40,0%
Diabete Mellitus	11	36,7%	10	40,0%	1	20,0%
Reside com Idoso						
Não	13	43,0%	11	44,0%	2	40,0%
Sim	17	56,7%	14	56,0%	3	60,0%

Tabela 2 – Características dos participantes

(conclusão)

Variável	Global		Feminino		Masculino	
	n=30		n=25		n=5	
	F	%	F	%	F	%
Município de Residência						
Niterói	12	40,0%	11	44,0%	1	20,0%
São Gonçalo	15	50,0%	12	48,0%	3	60,0%
Itaboraí	3	10,0%	2	8,0%	1	20,0%
Renda						
Nenhuma	1	3,3%	1	4,0%	0	0,0%
1 salário mínimo	16	53,3%	15	60,0%	1	20,0%
2 salários mínimos	8	26,7%	5	20,0%	3	60,0%
3 salários mínimos	3	10,0%	2	8,0%	1	20,0%
4 salários mínimos	2	6,7%	2	8,0%	0	0,0%

Fonte: Autora, 2017.

Destacou-se sobre os participantes o predomínio de: raça branca (66,7%), religião católica (60,0%), casados (33,3%) ou viúvos (33,3%), nível de ensino fundamental (73,3%), a incidência de, em média, 3 patologias (36,7%) ou 2 patologias (30,0%), hipertensão (80,0%), problemas osteoarticulares/musculares (76,7%), moradia compartilhada com outro idoso (56,7%), residência em São Gonçalo (50,0%) ou Niterói (40,0%) e renda de um salário mínimo (53,3%).

Constata-se que é a maioria (ou todos) apresentam algum tipo de doença crônica; portanto, são mais vulneráveis às complicações referentes às doenças crônicas, as mulheres são as mais doentes e são as que mais vão ao médico. O que nos permite inferir implicações como: dependência familiar, cuidador, declínio do autocuidado, isolamento social, dentre outros que determinam o declínio na qualidade de vida.

Com base na pesquisa, infere-se que as políticas públicas de saúde criadas para melhoria das condições de saúde do idoso de forma integral necessitam ser mais contundentes com relação à promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção da saúde, independência funcional, autonomia e mobilidade da população idosa, tendo em

vista o perfil da população apresentada e que é uma realidade em todo o país. Essas políticas vão impactar diretamente a qualidade de vida da pessoa idosa.

Uma diferença pode ser observada na distribuição de renda de homens e mulheres: a maior frequência é de 2 salários mínimos para os homens (60,0%), enquanto para as mulheres a maior frequência é de 1 salário mínimo (60,0%). A média de renda das mulheres é de 1,56 salários mínimos enquanto para os homens é de 2,0 salários mínimos.

Acerca da escala SF-36, as principais estatísticas da distribuição dos escores foram descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Acerca da escala SF-36 as principais estatísticas da distribuição dos escores da escala SF-36 dos idosos

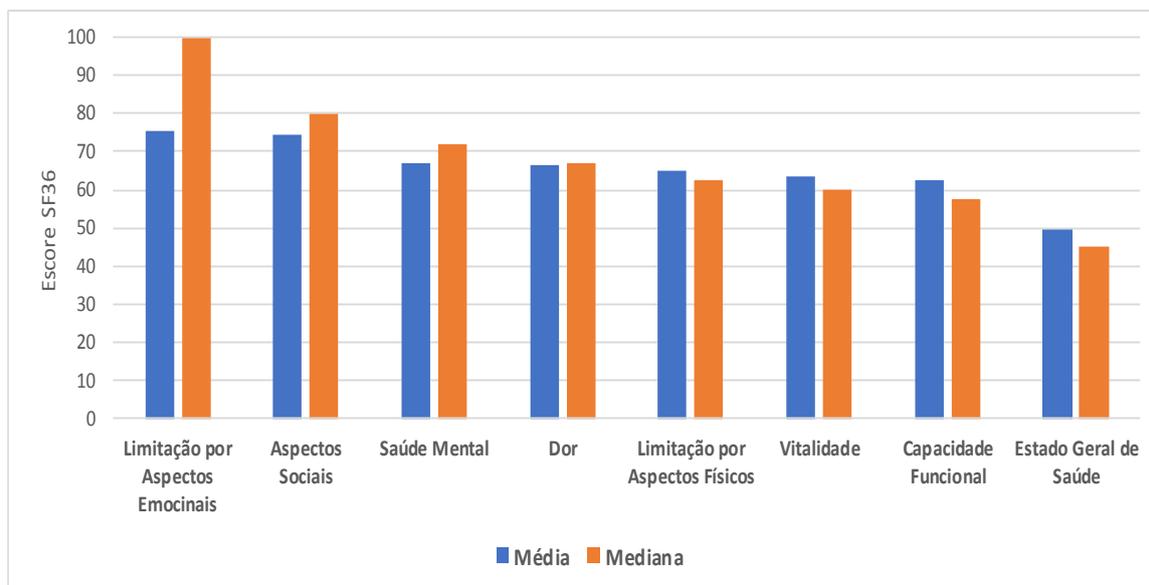
Domínio	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	CV
Capacidade Funcional	62,5	57,5	20	95	24	0,38
Limitação por Aspectos Físicos	65,0	62,5	25	100	34	0,52
Dor	66,6	67,0	10	100	26	0,39
Estado Geral de Saúde	49,6	45,0	20	80	18	0,36
Vitalidade	63,7	60,0	30	100	18	0,29
Aspectos Sociais	74,4	80,0	12,5	100	25,4	0,34
Limitação por Aspectos Emocionais	75,6	100,0	33	100	31	0,42
Saúde Mental	67,2	72,0	16	100	21	0,32

Fonte: Autora, 2017.

Participantes do CASIC UFF/Niterói

Ainda foi mensurado as medianas e a média da escala SF-36, conforme apresentação no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Média e mediana da distribuição dos escores da escala SF-36 dos idosos participantes do CASIC UFF/Niterói



Fonte: Autora, 2017.

Pelos coeficientes de variação, observa-se que em todos os domínios a variabilidade dos escores era moderada ou alta. Pelos valores médios e medianos, observa-se que os participantes apresentavam maiores escores nos domínios. Os participantes apresentavam menores escores nos domínios “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”.

A Tabela 4 traz os p-valores de testes de Mann-Whitney sobre a relação dos escores da escala SF-36 com o sexo do participante, as comorbidades, a religião e com o fato de o paciente morar ou não com outro idoso.

Foi percebido ainda no escore estado geral de saúde que na sua percepção as mulheres mesmo com doenças crônicas em sua visão elas têm qualidade de vida, pode ser inferido por essa visão que essas mulheres tem acerca de sua qualidade de vida pode ser pelo fato de estar controladas em sua doença.

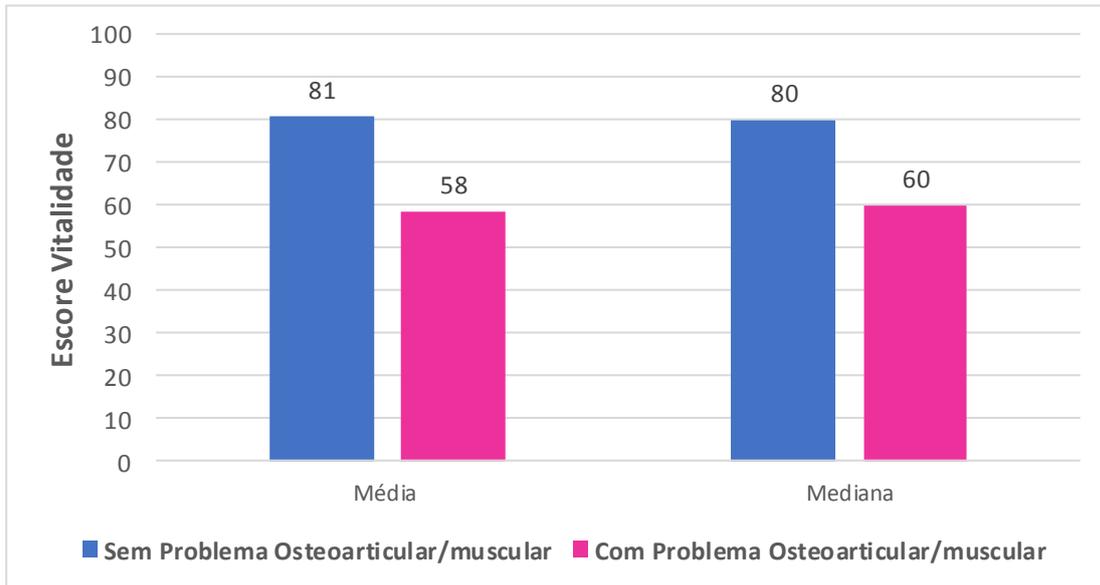
Tabela 4 – P-valores de testes de Mann-Whitney investigando a relação dos escores da escala SF-36 quanto ao sexo do idoso, as comorbidades, a religião e ao fato de morar ou não com outro idoso

Domínio	p-valor do teste de Mann-Whitney comparando os escores nos dois grupos segundo						
	Sexo	HAS	Cardiopatia	Problema osteoarticular/ muscular	DM	Religião Católica	Fato de morar com idoso
Capacidade Funcional	0,169	0,065	0,344	0,564	0,582	0,232	0,650
Limitação por Aspectos Físicos	0,481	0,494	0,801	0,471	0,123	0,249	0,170
Dor	0,957	0,595	0,219	0,471	0,064	0,755	0,408
Estado Geral de Saúde	0,746	0,082	0,565	0,631	0,966	0,723	0,934
Vitalidade	0,057	0,174	0,696	0,005	0,420	0,819	0,263
Aspectos Sociais	0,589	0,432	0,565	0,005	0,703	0,917	1,000
Limitação por Aspectos Emocionais	0,516	0,860	0,142	0,207	0,445	0,573	0,157
Saúde Mental	0,448	0,860	0,170	0,029	0,497	0,755	1,000

Fonte: Autora, 2017.

Ainda foi possível verificar a média e mediana do escore do domínio “vitalidade”, conforme o gráfico 3. Assim mostram-se significativos a vitalidade, os aspectos sociais (0,005) e a saúde mental (0,029).

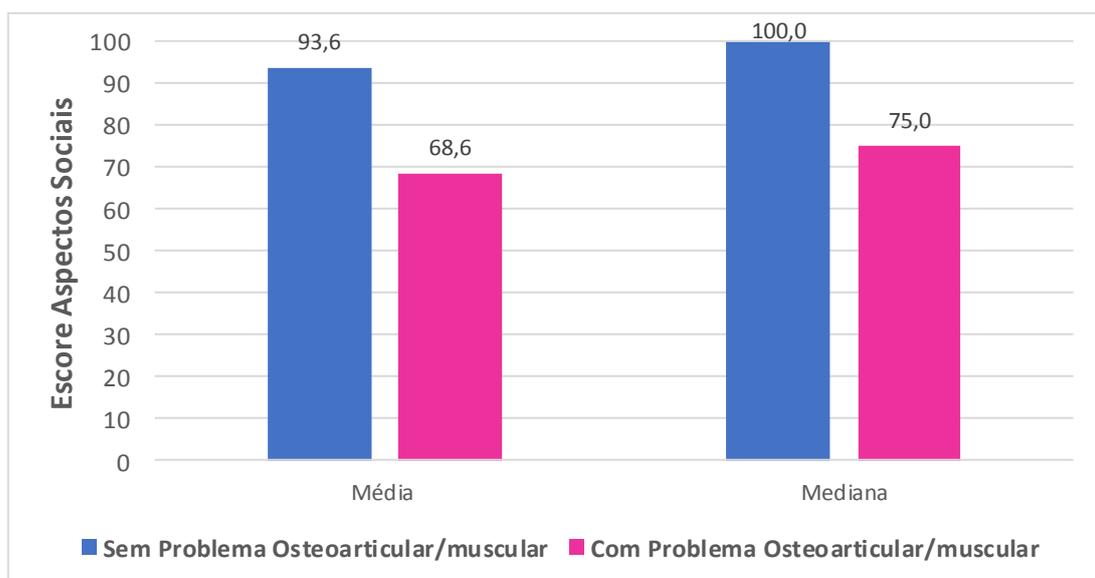
Gráfico 3 – Média e mediana do Escore do Domínio “Vitalidade” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular



Fonte: Autora, 2017.

Também aferiu-se a média e a mediana do escore do domínio “aspectos sociais” conforme o gráfico 4.

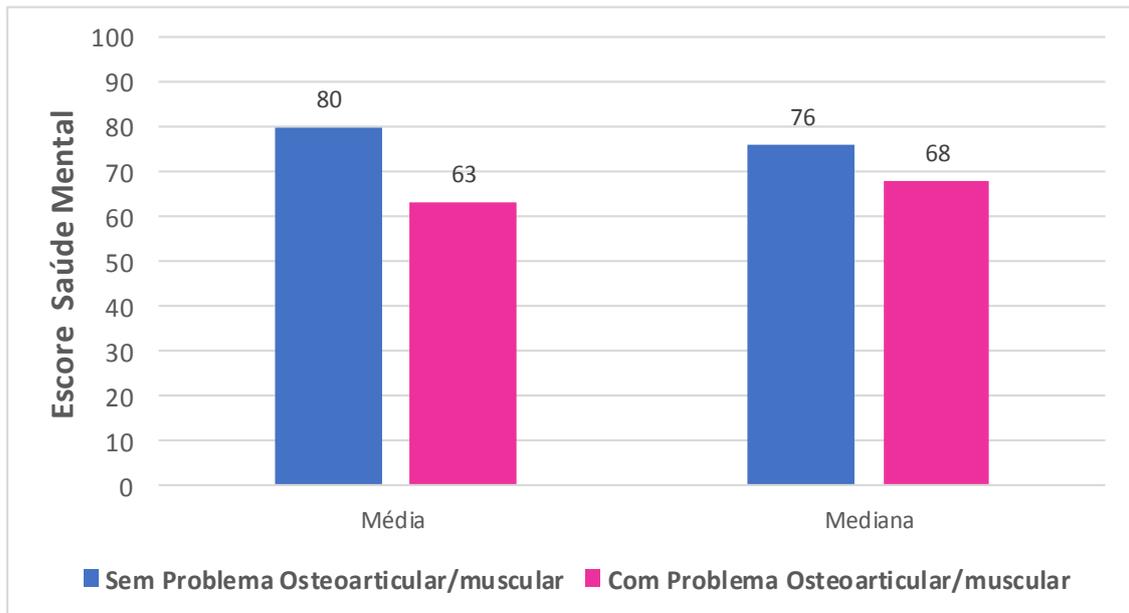
Gráfico 4 – Média e mediana do Escore do Domínio “Aspectos Sociais” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular



Fonte: Autora, 2017.

A média e a mediana do Escore do domínio “Saúde Mental” foram apresentados no gráfico 5.

Gráfico 5 – Média e mediana do Escore do Domínio “Saúde Mental” nos grupos de idosos sem problema osteoarticular/muscular e com problema osteoarticular/muscular



Fonte: Autora, 2017.

Para investigar a correlação entre os escores da escala SF-36 e as variáveis quantitativas, foi feita a análise de correlação pelo coeficiente de correlação de ordem de Spearman. Os resultados são exibidos na Tabela 5.

Os resultados mostram que não foi encontrada nenhuma correlação forte (com valor absoluto maior que 0,7) e significativa (com p-valor menor que 5%).

Tabela 5 – Análise de correlação entre os Escores da Escala SF-36 e a idade, renda e quantidade de patologia do paciente

Correlação p-valor	Capacidade Funcional	Limitação por Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde
Idade	-0,08	-0,35	-0,15	-0,05
	0,667	0,06	0,423	0,801
Renda	0,47	0,16	0,08	0,18
	0,009	0,403	0,692	0,348
Patologia	-0,26	-0,20	-0,37	-0,10
	0,167	0,284	0,043	0,591

Correlação p-valor	Vitalidade	Aspectos Sociais	Limitação por	
			Aspectos Emocionais	Saúde Mental
Idade	-0,25	-0,09	0,11	-0,04
	0,193	0,627	0,565	0,817
Renda	-0,03	0,01	0,09	0,22
	0,885	0,974	0,652	0,239
Patologia	-0,30	-0,22	-0,20	-0,19
	0,114	0,246	0,297	0,313

Fonte: Autora, 2017.

Acerca dos resultados de análise dos dados provenientes da técnica de discussão de grupo para a obtenção das Representações Sociais da qualidade de vida dos participantes, foram lidas todas as falas dos participantes advindas da discussão de grupo, foram agrupadas todas as palavras repetidas e de sentido semelhante, visando a elaboração das categorias para desvelar o pensamento do idoso e a representação social. Abaixo, no Quadro 3, apresenta-se as palavras mais recorrentes, o que originou três categorias, a saber:

- Categoria 1: Qualidade de vida, aspectos inter-relacionais e estilo/ cotidiano do próprio idoso;
- Categoria 2: Qualidade de vida, aspectos emocionais e espirituais; e
- Categoria 3: Qualidade de vida, segurança e políticas públicas.

Quadro 3 - Palavras mais recorrentes no discurso dos idosos sobre QV

FAMÍLIA	45	AUTOESTIMA	13
ALIMENTAÇÃO	33	GRATIDÃO A DEUS	11
FILHOS	31	IGREJA	11
DEUS	24	NETOS	11
AMOR	23	AMIGOS	10
PAZ	22	PASSEAR	10
CASA PRÓPRIA	18	TER SAÚDE	9
VIVER BEM	17	INDEPENDÊNCIA	8
ACEITAÇÃO	17	VIDA SAUDÁVEL	7
GRUPOS	16	CARINHO / HARMONIA FAMILIAR	6
ATIVIDADE FÍSICA	16	APRENDIZADO	6
LIBERDADE	15	SAÚDE PÚBLICA / SER FELIZ	6
FÉ	14	RELACIONAMENTOS / MEDICAMENTOS	6
RESPEITO	14	ALEGRIA / SER OUVIDO	5
DINHEIRO	13	CASAMENTOS DURADOUROS / SUPORTE EMOCIONAL	4
APOSENTADORIA / TRATAMENTO / SALÁRIO	13	COMPROMISSO	4
VIAJAR	13		

Fonte: Autora, 2017.

5 ANÁLISE DESCRITIVA

Não há diferença significativa entre as idades dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino, integrantes desta pesquisa. A comparação das médias e medianas de idade nos subgrupos feminino e masculino e no global pode ser vista na Tabela 2.

Observou-se que os escores de todos os domínios da escala SF-36 não estão associados ao sexo do participante, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos feminino e masculino (todos os p-valores maiores que 5%).

Quanto à faixa etária dos participantes, foi verificada uma maior concentração de idosos entre 70 e 79 anos (majoritariamente). Isso pode ser explicado pelo fato de o idoso já estar aposentado há mais tempo (pois a família já não precisa de seus cuidados, ou seja, filhos adultos com família constituída, fora de casa) – o que infere que, nesta fase, há maior necessidade em se autocuidar, pensar mais em si mesmo, pois é quando começam a ter mais de uma patologia, o que pode levar a maiores limitações.

Tal fato faz com que o idoso tenha mais necessidade de manter seu nível de autonomia e independência e ainda se sentir ativo e saudável. Nesse sentido, buscam com maior frequência os postos de atendimentos para manutenção de sua saúde e cuidados, refletindo sobre a importância de sua existência e qualidade de vida. A independência, o bem estar e a dignidade dos idosos proporcionam um envelhecimento mais saudável e agregada à “QV aos anos” e não apenas “anos à vida”⁶⁵.

O perfil típico do idoso não apresenta diferenças significantes nos grupos feminino e masculino e, devido ao pequeno tamanho amostral do grupo masculino, os testes Qui-quadrado para comparar as distribuições de frequências nos dois grupos não pôde ser feito.

As mulheres têm uma característica própria da necessidade do cuidado preventivo, pois já está enraizada uma cultura em que a mulher tende a se cuidar. O Programa de Políticas Públicas de Saúde ligado à mulher desde as décadas de 30, ainda que de forma restrita aos cuidados com a gravidez e parto, vem favorecendo o autocuidado, mesmo com o desempenho de sua função na sociedade nos papéis de mãe, dona de casa, educadora e responsável pela casa e cuidado com a família. Nesta visão, a mulher pode ser considerada protagonista do seu cuidado, além de cuidar da sua família⁶⁶.

Esse protagonismo ocorre mesmo diante de um contexto social em que a mulher é considerada cuidadora da família, com pouca escolarização, baixa inserção no mercado de

trabalho formal, baixa qualificação, bem como um contexto sociocultural que prescreve um papel subalterno da mulher na sociedade, mas, apesar disso ela possui mais enfermidades que o homem e ela é a cuidadora, a mãe, a dona de casa⁶⁷.

Foi encontrada certa dificuldade em manter a frequência dos homens nas discussões de grupo além de, como foi apresentado no perfil sociodemográfico, haver um número reduzido de homens na pesquisa. Percebe-se que as mulheres têm maior interesse em cuidar de sua saúde e estão mais dispostas a participar de grupos, apesar das diversas atividades realizadas pelas mulheres no lar e também daquelas que são trabalhadoras formais – diferente do sexo masculino, que demonstra pouco envolvimento com a prevenção e promoção da saúde, além de ter dificuldade em participar de grupos direcionados à saúde. O homem, por ser o “responsável provedor”, alega ter que trabalhar e não haver tempo para cuidar de si mesmo. O ambiente da cultura brasileira impõe à identidade masculina pontos de referência para o reconhecimento do ser homem, como: o ser provedor, relacionado ao trabalho e à família; o dominador, a quem compete o poder nas relações de gênero e ser heterossexual, sendo o interesse sexual por mulheres uma instância julgadora da masculinidade⁶⁸.

Estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco⁶⁹.

Mesmo com pensamento coletivo de que os homens são o sexo forte, não adoecem e não buscam os serviços da Atenção Primária de Saúde (APS), essa pesquisa contou com a participação de 05 homens. Pode-se inferir que a Política Nacional de Saúde do Homem, de 2008, com o objetivo de aumentar a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidades por causas preveníveis e evitáveis nessa população está estimulando o autocuidado dos homens⁷⁰.

Estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis a doenças do que as mulheres, especialmente às enfermidades crônicas e graves, e que morrem mais cedo. Apesar deste fato, já bem documentado, os homens não são captados pelos serviços de atenção primária (como ocorre com as mulheres)⁷¹.

Ficou evidente que a maioria dos participantes é de idosos casados e percebe-se que estes mantêm-se mais ativos, pois contam com a responsabilidade de cuidado com o outro – no caso, o esposo, já que as participantes são majoritariamente mulheres. Assim, entende-se que as atividades cotidianas de cuidado com o cônjuge as mantêm ativas e com a busca do cuidado com a saúde em maior grau que os homens, pois entendem que o cuidado parte delas.

Já os desquitados e divorciados buscam maior independência e autonomia, pois são sozinhos e também podem se sentir livres. O fato de não terem cônjuge sentem-se com maior autonomia e maior prazer. Tais fatos os levam à busca de cuidados com sua saúde como fonte de recomeço para a vida de liberdade e o prazer de estar vivo, ser independente e autônomo. Também foi observado maior número de mulheres viúvas.

Em outros estudos, foi percebido que o número de idosas viúvas é maior que de homens viúvos. Tal ocorrência se explica pelo contexto demográfico que diz respeito à sobre mortalidade masculina e outro cultural de que o homem viúvo ou separado procure recompor sua vida conjugal⁷².

Verificou-se que, majoritariamente, os participantes tinham baixa escolaridade ou ensino fundamental. Observa-se que o nível de escolaridade não é fator dificultador ao cuidado com a saúde, o que demonstra que há uma preocupação independente da escolaridade.

Observa-se ainda que a baixa escolaridade está atrelada à renda individual também baixa, o que faz com que a procura por cuidados com a saúde seja em unidade pública.

A situação econômica e, conseqüentemente, a baixa escolaridade são importantes fatores determinantes no uso de serviços de saúde, predominando, entre os usuários do SUS, a baixa renda⁷³. A situação econômica é um importante determinante no uso de serviços de saúde, predominando, entre os usuários do SUS, a baixa renda⁷⁴.

A mediana de renda das mulheres é de 1,0 salário mínimo, enquanto para os homens é de 2,0 salários mínimos. Entretanto, tais diferenças não são significativas sob o ponto de vista estatístico do teste de Mann-Whitney.

Tanto quanto à renda individual quanto em relação à renda familiar não há variação no perfil do grupo. Verificou-se que os idosos contam com seus próprios recursos financeiros, independentemente de morarem sós ou não. Levantou-se que os recursos econômicos dos participantes giram entre 1 e 3 salários mínimos gastos com a manutenção

de sua sobrevivência e compra de diversos medicamentos, de acordo com as patologias levantadas neste estudo e que necessitam de controle medicamentoso.

O fato de o idoso ter mais de uma doença acarretando limitação, fragilidade e baixa funcionalidade é um problema importante no atendimento ao idoso impondo o uso da polifarmácia.

A polifarmácia é um problema importante no atendimento do idoso aqueles com riscos aumentados, por apresentarem muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade. À presença de polifarmácia em pacientes idosos devido ao fato de ter mais comorbidades, das alterações fisiológicas e da própria idade⁷⁵.

Estas características podem dificultar a manutenção de outros gastos que favorecem sua qualidade de vida. Portanto, há uma questão econômica que se evidencia comprometendo o cuidado com a saúde e bem estar para uma velhice com qualidade de vida.

Quando se fala em enfermidades do idoso, sabe-se que pode ocorrer a síndrome da fragilidade, que se apresenta como uma condição de vulnerabilidade em que há um declínio natural das funções, o que leva ao aparecimento de determinada enfermidade que vai levando a outra. Tal condição é comum do envelhecimento⁷⁶.

O maior dos acometimentos são problemas osteomusculares, associado à artrose e, como segundo problema, à hipertensão. Os escores de todos os domínios da escala SF-36 não estão associados à hipertensão, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos que não têm e que têm hipertensão (todos os p-valores maiores que 5%). Os escores de todos os domínios da escala SF-36 não estão associados à cardiopatia, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos que não têm e que têm cardiopatia (todos os p-valores maiores que 5%).

Os escores dos domínios vitalidade, aspectos sociais e saúde mental estão significativamente associados ao problema osteoarticular/muscular. Como pode ser visto nos gráficos 3 a 5, os participantes que têm problemas osteoarticulares/musculares têm escores dos domínios vitalidade, aspectos sociais e saúde mental significativamente menores do que os respectivos escores dos pacientes que não têm problemas osteoarticulares/musculares.

O envelhecimento repercute, fundamentalmente, na mobilidade das articulações. Outro efeito observado é a diminuição da estatura. A perda progressiva de massa muscular,

assim como o endurecimento e rigidez dos tendões resultam na diminuição da força, do tônus e da velocidade de contração, pelo que os movimentos ficam mais lentos e a capacidade de reação diminui. A marcha modifica-se devido a um aumento da base de sustentação e diminuição da estatura (5 cm no homem e 3 cm na mulher) reduzindo do movimento dos braços ao longo do corpo⁷⁷.

Os escores de todos os domínios da escala SF-36 não estão associados à Diabete Mellitus, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos que não têm e que têm DM (todos os p-valores maiores que 5%).

Infere-se que o idoso acometido por mais de uma patologia exige maior atenção e cuidados, pois se não tratadas podem levar a uma morbidade. Sendo assim, justifica-se um cuidado maior com sua saúde, evitando-se o prejuízo de sua autonomia e independência, bem como comprometimentos da sua qualidade de vida. Portanto, essas condições crônicas tendem a manifestar-se de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas às comorbidades. Tais condições podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando suas atividades cotidianas e sua qualidade de vida⁷⁸.

Constatou-se em número expressivo dos participantes do lar, o que não caracteriza profissão. Esse fato pode explicar-se em virtude de o maior número de participantes ser do sexo feminino, de uma geração em que as mulheres cuidavam da casa e da família, sendo providas pelo cônjuge, que era o mantenedor da família e o senhor da casa (função exclusivamente masculina). A mulher era tradicionalmente educada para ser boa dona de casa e na, necessidade de uma tarefa para auxiliar na renda familiar, buscam trabalho em que se identificam. Esse pensamento fica claro na fala da participante:

[...] Eu sabia fazer tudo que mamãe ensinava: muito filho, botava todo mundo pra trabalhar; cada um fazia uma coisa, lavava uma garagem com água fervendo. A, eu trabalhava muito, cuidava de uma casa de dois andares, eu limpava janela, cuidava das crianças [...]. (E 07)

[...] Eu sempre cuidei da casa. Mamãe botava as meninas 'pra' fazer de um tudo e, pra casar, mamãe dizia que homem não queria mulher que não sabia fazer nada. Agente fazia. Queria casar, 'né' [...]. (E 13)

[...] A gente tinha que aprender fazer [sic] tudo em casa, senão os rapazes não queriam nada com a gente; e, quando a vida apertou, o que eu sabia fazer é [sic] o quê? Cuidar de casa, 'né'? Então, fui trabalhar em casa de família, fazer faxina, essas coisas [...]. (E 03)

Foi possível perceber através do perfil sócio demográfico que, embora a coleta de dados tenha ocorrido no município de Niterói, houve uma maior prevalência de idosos de vários bairros do município de São Gonçalo, com cerca de 50% dos participantes, mesmo sendo um município de grande área territorial. O município de Itaboraí vem logo a seguir, com 10% que são assistidos também nesta unidade.

Fica claro que essa unidade é uma referência de estudo e pesquisa na atenção e cuidado ao idoso e de cuidadores, contando com uma equipe multidisciplinar. Vale ressaltar que o cuidado e o atendimento não se restringem aos residentes do município de Niterói, mas também um atendimento compartilhado a outros municípios, valorizando o idoso, que percebe neste local um ambiente de cuidado, atenção e acolhimento para suas demandas de saúde e bem estar, já que há várias atividades em saúde para esse público.

A falta de um local é corroborada pelas “falas” dos participantes quando mencionam a importância e a necessidade de políticas públicas para o cuidado e o favorecimento da qualidade de vida do idoso. É percebido que as políticas públicas não têm sido implementadas de forma eficaz nos municípios do entorno de Niterói. No que diz respeito à assistência ao idoso, há uma deficiência deste atendimento, já que os participantes tem que deslocar-se de sua cidade-domicílio para outra, vizinha, conforme a fala abaixo:

A gente vai no [sic] posto, não tem médico, nem remédio, nem AAS tem no posto; e ainda é mal atendida. Parece que está fazendo favor para as pessoas. Muito diferente do que a gente recebe nesse lugar aqui. (E 03)

[...] Que é um absurdo ter a gratuidade só depois de 65 anos, eu não concordo com isso, não mas, fazer o quê? governo não olha para o idoso, só querem meter a mão no nosso bolso [...]. (E 21)

[...] Para ter mais qualidade de vida é preciso o governo fazer mais, porque escrever no papel é bonito, mas cumprir a lei é complicado. Não se tem o que está na lei [...]. (E 27)

Mesmo com a distância e dificuldades de transporte público e, muitas vezes, de autolocomoção por parte dos idosos, não houve impedimento para a adesão e frequência dos participantes que se sentem acolhidos naquele espaço.

Durante as entrevistas, os participantes relatam a importância do CASIC para sua qualidade de vida. Registram em seus relatos que não só o cuidado prestado é importante mas também o fato de ser um local de afetividade, de relações interpessoais estabelecidas nos grupos, fortalecendo os vínculos tanto de cuidados em saúde como de afetividade, como demonstra-se nas falas abaixo:

[...] Aqui está se fazendo uma família. Passamos o tempo descontraídos; é diferente, parece que a gente está mais forte quando sai daqui [...]. (E 04)

[...] Eu falei que não ia demorar, mas é tão bom e eu esqueço do compromisso e não vou embora. Ficar aqui com vocês me faz muito bem. (E 13)

Quando a gente vem prá cá, parece que tudo fica bom, as pessoas aqui, todo mundo tem amor e cuidado nesse lugar. (E 01)

Outro dado demonstrado foram que os escores de todos os domínios da escala SF-36 não estão associados à Religião Católica, ou seja, não há diferença significativa entre os escores da escala SF-36 dos grupos de religião Católica e de religião Protestante (todos os p-valores maiores que 5%).

Conclui-se que os escores da escala SF-36 não estavam correlacionados à idade, renda ou número de patologias do paciente.

6 CHEGANDO ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A partir das entrevistas em grupo, foi possível construir as categorias a seguir.

6.1 Aspectos interrelacionais e estilo de vida do próprio idoso

No quadro 3, as palavras mais recorrentes – família (45), filhos (31), grupos (16) e netos (11) – têm uma forte ligação com pessoas, ou seja, os vínculos afetivos, a parte de relacionamentos, sejam eles pessoais, interpessoais, familiares (como filhos, netos, grupos de pertencimento) ou de outras atividades onde se relacionam.

Os idosos priorizam a si mesmos, entretanto, têm como referência para sua qualidade de vida sua família. Ainda que estejam gozando de total autonomia, não se sentem fortes ou autossuficientes o bastante para viver sem os seus vínculos. Nesse sentido também pode ser mencionado outro elemento da representação social relacionado a ineficácia das políticas públicas que faz com que aumente a responsabilidade da família além da solidariedade e reciprocidade familiar.

A ideia de pertencimento, de “porto seguro”, para QV está atrelada à família que não se dissocia, ou seja, a qualidade de vida depende da relação intrafamília.

Nesse contexto, podemos perceber que o idoso, quando o assunto é QV, tem uma referência da família, classificando e atribuindo um juízo de valor. Uma das implicações epistemológicas desta teoria é entender o sujeito como ativo e criativo, enfatizando a função simbólica e a capacidade de construção da realidade do aparelho cognitivo.

Portanto, esta pesquisa concebe o idoso como suficientemente capaz de construir e comunicar a sua representação sobre o que é ter qualidade de vida, ao tempo que pensará sobre si mesmo quando “mergulhar” ao pinçar “a qualidade de vida dos idosos” e construí-los como objeto de representação social.

Nesse sentido, podemos dizer que o idoso faz o processo de ancoragem, ou seja, cria a referência denominando, classificando e rotulando a família como porto seguro para QV⁷⁹. Ancorar, então, significa classificar, rotular; é denominar algo ainda desconhecido, tomando como referência o conhecimento de que se dispõe.

Interessante perceber que qualidade de vida não está relacionada, para o idoso, ao fato de ter saúde. Ter saúde foi registrado dentre os participantes apenas 9 vezes contra 45

para a palavra família. Pode ser que o idoso não se enxergue doente ou pense que o processo de doenças seja próprio da idade.

A concepção ampliada de QV, não a considerando como mera ausência de doenças, mas identificando a influência de diversos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e econômicos relacionados a qualidade de vida¹⁰. Daí, vemos a busca por cuidados para melhor manutenção da saúde.

Esse valor dado à família reflete-se no número de participantes casadas e com vínculo familiar afetivo sólido, onde observa-se maior escore no domínio de aspecto geral de saúde, assim como no domínio de limitação por aspecto emocional. Demonstrando que, dentre os participantes, aqueles que privam de uma vida familiar possuem uma melhor QV, além de terem os domínios de capacidade funcional também em melhor escore, pois cuidam de seus cônjuges ou desempenham atividades em que são responsáveis diretamente.

Defender a presença do idoso na família e na sociedade de forma participativa e construtiva é fundamental para que este ser humano tenha respeitado seu direito à saúde com QV⁸⁰. É percebido que o desempenho de funções e atividades em seus grupos de pertencimento mantém maior capacidade funcional, reduz o nível e frequência de dores físicas, como observado nos domínios de capacidade funcional e dor, obtendo os melhores escores. Nesse sentido, é válido dizer que manter-se ativo e afetivo nos relacionamentos contribui para melhoria da QV.

A atividade física contribui para a formação de redes sociais além, dos benefícios corporais e fisiológicos¹⁰. Os índices de depressão são menores em idosos que praticam atividade física. Estudos comprovam melhora no aspecto emocional, como aumento da autoestima, humor, sensação de bem-estar, diminuição da ansiedade e da tensão⁸¹.

Os estudos comprovam que o pensamento acerca de QV é ter alegria na vida, amor, amizade, ter saúde, independência, atividades intelectuais, bom relacionamento com a família, boas condições financeiras, realizar atividades físicas, dieta equilibrada, conviver com a natureza, ser generosa e solidária³.

Quanto às questões práticas, no sentido de hábitos ditos saudáveis, as recorrências do discurso foram alimentação (registrado cerca 33 vezes), atividade física (16), passear (10). Já observa-se que a questão prática do dia-a-dia está no senso comum, de uma forma ou de outra. Os idosos mencionam tais questões como necessidades, pois relatam o que é

veiculado todo tempo no mundo midiático: precisam de uma alimentação (boa, saudável, balanceada), exercendo um peso de ação, ou seja, “preciso alimentar-me bem, de forma saudável e balanceada, para ter QV”.

No entanto, é a condição econômica que determina o acesso a bons alimentos, hábitos alimentares saudáveis, para que as pessoas possam alcançar a QV desejável.

Ao elaborar um pensamento sobre qualidade de vida e relacionar com práticas de atividades físicas, alimentação saudável, que se enquadra nas formas de pensar e explicar o que é divulgado no mundo midiático (mídia seus conceitos). Por meio do conhecimento cotidiano, do senso comum, os idosos veiculam e compartilham ideias, pensamentos, dando nova forma ao conhecimento do senso comum. Essas interpretações manifestam-se por meio de falas, gestos e comportamentos, embora na vida prática sua ação não seja tão absoluta, pois dentre os participantes muitos são diabéticos e relatam limitações para manter uma dieta equilibrada – tanto por falta de recurso econômico quanto por não aceitarem uma mudança nos hábitos alimentares e uma reeducação alimentar, especialmente nessa fase da vida, em que relatam não precisar mudar mais nada, pois já vivem assim toda uma vida. Mudança de atitudes e hábitos novos acabam sendo difíceis de aceitar.

Fica implícito que nesta fase da vida hábitos saudáveis e alimentação balanceada são sinônimos de restrições às quais os idosos não estão predispostos a encarar.

Os que praticam atividades físicas têm maior energia para os passeios, conseguem fazer uma alimentação mais saudável. Essas atividades são estimuladas por fazer parte dos grupos onde estão inseridas, tornando essa prática também uma forma de lazer.

Foi percebido que a imagem do objeto ‘QV’ tem um discurso do universo de divulgação pela mídia incutindo esses valores na sociedade que tem o discurso, mas difere da prática, que demora um maior tempo para refletir mudanças de atitudes. Este texto é uma forma de traduzir as representações sociais do idoso.

Vale dizer que há uma peculiaridade neste procedimento do indivíduo que pensa sobre si, suas atitudes e seus momentos vividos; contudo, não se pode esquecer a influência e o valor do pensamento reificado quando são expostos ao questionamento do que seja QV. Neste dado momento, os idosos refletem e convivem não só com suas atitudes individuais como com os conhecimentos da ciência e acabam processando estes elementos e elaboram representações sociais também.

Afirma-se que há uma forte relação entre o contexto social ao qual os grupos estão inseridos, assim como a sua comunicação que é estabelecida entre eles além da sua cultura, códigos, valores e ideologias e participações sociais específicas desses idosos. O processo de construção dessa realidade representacional é social⁸².

Interessante observar que as informações de saberes e conhecimento do senso comum foram inculcadas a partir de informações do universo reificado de conhecimento. Sendo assim, os participantes/os idosos constroem pensamentos e ideias de qualidade de vida a partir da informação recebida do seu grupo de pertencimento a respeito da importância da qualidade de vida para si.

[...] a minha família, sempre comigo. Minha família é muito grande: tenho muitos filhos, netos, tudo junto isso me dá muita alegria mesmo [...]. (E 07)

[...] na minha Igreja, todo mundo me conhece, eu era a líder da mocidade e 'aí' eu tô sempre envolvida com alguma coisa. Até meu pastor fala: 'ô', irmã, você é uma mulher forte [...]. (E 07)

[...] é tanta coisa, minha filha [...] É caminhada, alimentação saudável, é ter a família perto [...] Só isso já é uma boa qualidade de vida porque a gente fica velho e precisa desse carinho da família e, graças a Deus, eu tenho meus filhos são [sic] tudo perto de mim; tenho três netos que moram comigo, fora aqueles que vão ficando lá em casa [...]. (E 29)

[...] e participo de grupos de igreja. Isso... Agora, tenho tempo e eu quero isso pra minha vida. E sempre quis fazer aeróbica e agora eu posso [...]. (E 10)

6.2 Qualidade de vida: aspectos espirituais

Para iniciar este subcapítulo, o quadro 3 será analisado o grupo de palavras mais recorrentes no discurso dos participantes. Foi registrada, 23 vezes, a palavra 'amor', seguida 24 vezes da palavra 'Deus' e 22 vezes da palavra 'paz'. Essas palavras sugerem que, nas entrevistas, os participantes vinculam sua qualidade de vida a aspectos e natureza interna subjetiva e emocional, demonstrando que as questões espirituais são os alicerces de maior importância para sua QV.

Percebe-se o caráter subjetivo quando se menciona o amor, a paz – entenda-se que, aqui, o amor é relatado de maneira ampla: às pessoas, aos relacionamentos interpessoais, ao ser humano, à vida, a Deus; de forma geral, não são especificados nomes de ente queridos ou amigos, e sim o amor como estilo de vida e a Deus, ambos de caráter subjetivo

abstrato, formando os 3 pilares para sua QV, Deus, paz e amor. Esses pilares que estão no íntimo e individual os impulsionam a viver. Mesmo nas dificuldades, esses sentimentos fazem parte do universo dos idosos como um objeto de representação social.

A qualidade de vida compreende o atendimento das necessidades básicas do indivíduo que são sustentadas também por satisfação do suprimento de necessidades psicobiológicas, sociais e espirituais⁵.

Observa-se que a natureza da religiosidade tem uma forte ligação com vida dos participantes. Nesse sentido, as representações sociais enquadram-se adequadamente nos relatos e nas relações dos participantes. São construídos conceitos simbólicos e imagens de qualidade de vida representados por amor, Deus e paz.

O caráter religioso possui um “código de ética” que rege o comportamento e dita os valores morais; contempla a relação entre o homem e o poder sobre-humano, no qual ele acredita ou do qual se sente dependente⁸³, ou de espiritualidade, que entende-se como uma conexão com Deus ou poder maior; é considerado um componente chave da espiritualidade, estando associado ao “eu” e ao próprio modo de estar na vida⁸⁴.

Dessa forma, entende-se que a espiritualidade contribui para o bem-estar na velhice, favorecendo a resiliência⁸⁵. A fé tem uma influência positiva na vida prática dos participantes que geralmente estão inseridos em grupos exercendo atividades (algumas vezes liderando os grupos de pertença, por terem maior aceitação das demandas da vida), pois apoiam-se na fé, na religiosidade em Deus, como ajudador para lidar com as questões delicadas do cotidiano. Podemos, então, dizer que o caráter religioso ou de fé é um fenômeno de representação social por se tratar de um símbolo, uma crença que o idoso traduz através de um pensamento explicativo, assumindo uma realidade externa, seu comportamento frente às demandas e desafios impostos na sua jornada.

Assim, pode-se dizer que os idosos envolvidos por uma espiritualidade ou religiosidade – o que não é concreto – passa por um processo de objetivação, materializando ideias e imagens, traduzidas em um saber, que emergem condutas e modulam seu comportamento ético e moral, além de aspectos relacionais em sociedade feita espiritualidade e religiosidade com a objetivação. O não familiar em familiar.

A objetivação é a reabsorção de um excesso de significação, levando-as à materialização. É o processo pelo qual procuramos tornar concreta, visível, uma realidade,

aliando um conceito a uma imagem. “*Dessa forma, a objetivação pode definir-se como uma operação estruturante e formadora de imagem*”^{86:92} (grifo nosso).

Idosos que tem vínculo emocional e espiritual apresentam uma relação com os domínios da escala SF-36 que tratam das limitações por aspectos emocionais e aspectos sociais, pois, observa-se que os participantes que possuem um vínculo emocional e espiritual têm melhores escores no domínio limitação por aspectos emocionais, com uma pontuação de 100 em 20 dos 30 participantes, ou seja, 66,66%. E o domínio de aspectos sociais os escores ficam entre 62,5 a 100. Portanto, entende-se que os idosos que têm uma estrutura emocional e espiritual bem sedimentada ao longo de sua jornada possuem uma velhice mais ativa e com maior compreensão da existência humana.

Pode-se observar que os participantes desta pesquisa não foi relacionado saúde como aspecto para qualidade de vida, não sendo citado. Pode-se inferir que o idoso aceita sua condição de saúde mesmo que com limitação ou doença crônica talvez por estar com controle da sua patologia. Infere-se que o efeito benéfico da assistência ao qual o idoso recebe neste local (CASIC).

6.3 Qualidade de vida: dimensões sociopolíticas e econômicas

Quando se fala em qualidade de vida *versus* idoso, o tema volta-se para o campo complexo das políticas públicas de saúde e segurança que, sem dúvidas, quando não implementadas, dificultam a qualidade de vida do idoso e o seu cotidiano.

A recorrência dos discursos reside em que a qualidade de vida dos idosos e suas necessidades estão imbricadas nas políticas públicas que deveriam ser a base para o bem estar dos idosos, seja por toda a vulnerabilidade que o idoso sofre, seja pelo declínio da sua saúde (decorrente da idade), ou pela síndrome da fragilidade ou outras, gerando com isso os gastos em medicamentos, tratamentos, a precariedade na acessibilidade urbana nos lugares públicos, e dificuldade no lazer que favoreça ao idoso.

Corroborando com os estudos, outros autores também afirmam que as alterações do envelhecimento acarretam ao idoso o desenvolvimento das vulnerabilidades, que podem ser enumeradas: as de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. Dentre elas, as fisiológicas – quando associadas às condições de educação, renda e saúde – levam ao adoecimento e dificuldade de enfrentamento dessa nova etapa¹⁹.

Entre tantas demandas, foi bastante recorrente o emprego de expressões como “ter casa”, “ter medicamentos gratuitos”, “aposentadoria”, “salário”, “ter dinheiro”. Esses tópicos apontados no discurso remetem a um cuidado muito mais profundo e complexo, pois são necessidades de uma população crescente no mundo, com demandas que vão muito além do próprio cuidado e do cuidado familiar, já que dependem de estratégias governamentais.

A relação dos idosos com os serviços de saúde são intensas, podendo traduzir injustiças e inadequações que impactam a QV dessa população e que, por sua vez, depende de políticas públicas integradas e efetivas⁷⁹. Nesse sentido, vale ressaltar que, no Brasil, temos Estatuto do Idoso e regulamentações afins, mas sua implementação não tem se mostrado eficaz.

Portanto, pode-se evidenciar os determinantes sociais de saúde nos aspectos que envolvem dificuldades financeiras e sociais e mostram as iniquidades e desigualdades que permeiam a qualidade de vida da população idosa.

É interessante perceber que os idosos não são apolitizados e associam sua qualidade de vida às consequências da desigualdade social como garantia e suporte para manter sua qualidade de vida. Neste item, foram muito recorrentes as falas sobre a gratuidade do transporte público e seu benefício, com observação de que só a partir dos 65 anos o idoso adquire o direito – o que demonstra que o idoso está informado de seus direitos (pelo menos, os mais divulgados na mídia). Nesse sentido, pode-se citar o artigo 2º do Estatuto do Idoso como garantia de sua cidadania.

No citado dispositivo, o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o Estatuto do Idoso assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade⁴⁴.

Registram, contudo, que não estão satisfeitos com o valor da aposentadoria, com os tratamentos que são dispensados a eles, com os poucos medicamentos disponibilizados na rede pública e com a insegurança que é vivenciada pela população de um modo geral, com violências de todo lado.

Fica claro, nesta categoria, que a cidadania está presente no ser idoso, na sociedade em que está inserido, que o idoso tem conhecimentos de seus direitos e deveres; entretanto, ficam reféns de uma política pública aquém de suas necessidades.

O discurso grupal elabora representações sociais como o conhecimento do senso comum⁸⁷, sendo concomitantes na produção e recepção do conhecimento com posse do discurso social e da experiência individual.

Assim, as políticas públicas exercem para o idoso uma representação social como sociedade em que o idoso está inserido e demonstra sua inconsistência no que diz respeito ao bem estar social do idoso, como verifica-se nas falas a seguir.

[...] Claro, sou pobre, mas 'tá' dando pra viver sabendo economizar, 'né', porque a gente não têm o que precisa, o governo não faz o que devia; nem remédio a gente tem tudo [sic] o que precisa; tem coisa que o posto não tem: ou a gente compra, ou fica doente. Graças a Deus, meus filhos, meus netos, quando eu preciso de remédio mais caro, eles me ajudam, compram, dão o jeito lá e me dá [sic] o remédio [...]. (E 11)

[...] Tudo que tem para o idoso eu tô fazendo e, assim, melhora a minha qualidade de vida na velhice. Sou aposentada, não preciso trabalhar. Gosto de almoçar, tirar meu cochilo, ir à minha Igreja. Tenho (eu não, mas todos nós, idosos temos) a gratuidade do transporte [...]. (E 10)

[...] Então, ter a acessibilidade à saúde (políticas pública de saúde, transporte gratuito). Lógico que eu sei que nem todos os idosos tem – o que é um absurdo, ter a gratuidade só depois de 65 anos; u não concordo com isso, não, mas, fazer o quê? O governo não olha para o idoso; só querem meter a mão no nosso bolso [...]. (E 21)

[...] E também ter dinheiro porque: como se vive sem dinheiro? Não tem como, mesmo pobre precisa [sic] das condições mínimas de alimentação, moradia, saúde. Quando eu falo 'saúde', eu 'tô' falando de atendimento médico, tratamento [...]. (E 06)

As falas indicam que os idosos têm argumentação condizente com o atual contexto sociopolítico. Demonstrando conhecimento do momento sociopolítico do país em relação aos mais variados temas desde a corrupção, descaso das autoridades políticas em relação as leis, segurança publica e seu descumprimento.

7 PRODUTO

O tema do produto desta pesquisa é “tecnologia educacional em forma de oficina visando a qualidade de vida de idosos: contribuições para enfermagem gerontológica”.

A partir da coleta de dados e discussão em grupo, considera-se importante a elaboração de um produto, apresentado a seguir.

7.1 Oficina

A oficina será desenvolvida às segundas e terças-feiras, mensalmente, das 10 às 12 horas.

Segue o material desenvolvido e utilizado na construção da oficina:

Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Autoras: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha e Selma Petra Chaves Sá

OFICINA - Tecnologia Educacional Visando a Qualidade de Vida do Idoso

Título: Oficina de Qualidade de vida para idosos.

Objetivo: Contribuir para melhoria da qualidade de vida do idoso a partir de encontros com os idosos.

Contribuições para os pesquisadores: Permite a coleta de dados abordando este tema, elaboração de artigos e novos desenvolvimentos em pesquisas, além favorecer o suporte a outros estudos, bem como para outros grupos.

Contribuições para a Universidade: Possibilitar o aumento da demanda do usuário aos serviços oferecidos pelo CASIC, como referência no cuidado ao idoso, cenário para novas pesquisas e publicações para a Universidade.

Justificativa: As estratégias de promoção do envelhecimento ativo e saudável devem ser ancoradas na educação em saúde, que proporciona a participação do indivíduo em grupos,

favorece o aumento do controle de suas vidas, além de empoderá-lo para decidir sobre sua saúde⁸⁸. Portanto, esta oficina justifica-se pela importância em disseminar conteúdos através da educação em saúde de forma participativa, possibilitando o conhecimento.

Como será realizada: será elaborada por temas previamente levantados pelo idoso durante a coleta de dados e entrevistas, por se tratar de suas próprias demandas.

O encontro para oficina será às segundas e terças-feiras de cada mês, no horário das 10 às 12 horas. Previsão inicial: durante todo o ano corrente.

Recursos necessários previstos: computador, *data show*, mesas e cadeiras.

Ambiente da oficina: sala de reunião ou outro ambiente que seja acolhedor para o idoso.

7.2 Plano de Desenvolvimento da Oficina

Universidade Federal Fluminense
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Autoras: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha e Selma Petra Chaves Sá

Oficina: Oficina de Qualidade de vida para idosos

Oficina I) Promover a aproximação, estreitando os relacionamentos do grupo.

Oficina II) Convidar um familiar de maior intimidade e relação para conhecer o grupo que o seu idoso participa.

Oficina III) Realizar educação em saúde com abordagem dos temas levantados nas entrevistas, representações sociais, na escala SF-36, com as falas dos idosos acerca de temas a saber as falas dos participantes:

[...] Preciso saber mais sobre as coisas que melhoram a nossa saúde, saber de diabetes, de colesterol, essas doenças que o velho tem e pode se informar pra evitar, 'né'?. (E 15)

[...] Às vezes, agente estraga a saúde porque não sabe como se cuidar. Saber sobre alimentação para comer certinho, não ficar doente é importante na nossa idade. Minha amiga tem depressão. Quero saber como posso me prevenir disso e de outras doenças [...]. (E 08)

[...] Eu penso que a gente tem que saber mais pra nossa saúde, o que eu posso fazer e até comer pra não ficar com os ossos fracos. Tenho medo de cair e ficar na cama [...]. (E 14)

Em cada encontro será abordado um tema, a saber:

- Diabetes;
- Depressão;
- Colesterol;
- Ansiedade;
- Risco de quedas;
- Alimentação.

Oficina X) Realizar um passeio com o grupo, a escolher (praia, picnic, cinema, teatro...). Vale dizer que o lazer referido foi levantado durante as entrevistas.

Oficina XI) Esclarecer os direitos do idoso.

Oficina XII) Convidar palestrante da área a saúde para abordar assunto de interesse do grupo no momento e/ou de religião para abordar tema relevante proposto pelo grupo.

Quadro 4 - Qualidade de vida, vida com qualidade

(continua)

OFICINA	INTERESSE / MOTIVAÇÃO	TEMPO	RECURSO	OBJETIVO
Promover aproximação e estreitamento dos relacionamentos do grupo	Todas as oficinas emergiram a partir das representações sociais, coleta de dados, entrevistas, perfil sociodemográfico e escala SF-36, dando origem aos temas abordados	2 horas	Atividade em grupo com dinâmica	Manter o nível de interação e promover a afetividade entre os idosos do grupo

Quadro 4 - Qualidade de vida, vida com qualidade

(continuação)

OFICINA	INTERESSE / MOTIVAÇÃO	TEMPO	RECURSO	OBJETIVO
Convidar um familiar de maior intimidade e relação para conhecer o grupo e conhecer o grupo de seu idoso	Aprofundar relacionamento familiar/ idoso/ grupo	2 horas	Atividade em grupo com dinâmica	Estabelecer contato com o grupo de idosos e estreitar o elo afetivo com o idoso
Realizar educação em saúde com abordagem dos temas levantados nas entrevistas, representações sociais, escala SF-36	Praticar o cuidado para qualidade de vida	2 horas	Exposição em power point e <i>data show</i>	Aprender sobre a prática do cuidado necessário para sua qualidade de vida e saúde
Em cada encontro será abordado um tema, a saber: <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Depressão • Colesterol • Ansiedade • Risco de quedas • Alimentação 	Conhecer e praticar sobre hábitos saudáveis para sua qualidade de vida	2 horas	Exposição em power point e <i>data show</i>	Aprender sobre a prática do cuidado necessário para sua qualidade de vida e saúde
Realizar um passeio com o grupo a escolher (praia, picnic, cinema, teatro...). Vale dizer que o lazer referido foi levantado durante as entrevistas.	Discutir a importância e o benefício das atividades de lazer	Durante o dia, mais ou menos 4 a 5 horas	Coletivo público ou da UFF, dependendo da disponibilidade	Integrar o idoso ao lazer e manter o vínculo social ativo com o grupo

Quadro 4 - Qualidade de vida, vida com qualidade

(conclusão)

OFICINA	INTERESSE / MOTIVAÇÃO	TEMPO	RECURSO	OBJETIVO
Esclarecer os direitos do idoso convidado político	Praticar a cidadania conhecendo seus direitos	2 horas	Exposição em power point e <i>data show</i>	Conhecer seus direitos e cidadania
Convidar palestrante de saúde ou religioso onde será abordado tema relevante para o grupo.	Agregar conhecimentos de interesse do grupo	2 horas	Convidado externo	Proporcionar mais aprendizado para favorecer a qualidade da saúde / espiritual

Fonte: Autora, 2017.

8 CONCLUSÃO

O estudo apontam para um perfil sociodemográfico com predomínio de raça branca (66,7%); professa religião católica (60,0%), casados (33,3%) ou viúvos (33,3%); possuem ensino fundamental (73,3%); têm em média 2 a 3 patologias (respectivamente 30,0% e 36,7%). As patologias mais frequentes foram: hipertensão (80,0%) e problemas osteoarticulares/musculares (76,7%). Residem com outro idoso 56,7% e possuem renda de um salário mínimo 53,3%.

Constata-se que a maioria apresenta algum tipo de doença crônica; portanto, são mais vulneráveis às complicações referentes às doenças crônicas. Tal constatação permite inferir implicações como: dependência familiar, necessidade de cuidador, declínio do autocuidado e isolamento social, que podem determinar o declínio na qualidade de vida.

A conclusão deste estudo resultou em percepções importantes a respeito das representações sociais do idoso acerca da qualidade de vida, chamando a atenção para o vínculo familiar e relacional como um alicerce importante de muitos idosos. Desta forma, o idoso constrói sua qualidade de vida com representação central na família.

Foi possível também relacionar que o idoso tem uma representação de fé e religiosidade atribuindo um caráter de triunfo sobre a própria idade e sua superação de limitações físicas e autonomia. Outro dado interessante é que são construídos laços de afetos e relacionamentos afins, o que os estimula a manterem-se ativos a partir de grupos de pertença.

O estudo mostrou ainda que os idosos inseridos em grupos e atividades sociais sentem-se mais acolhidos, respeitados, aceitos, têm melhor escore de qualidade de vida nos aspectos sociais, assim como limitações nos aspectos emocionais.

Ainda outra observação é o fato de os idosos apresentarem problemas osteoarticulares/musculares e terem um discurso sobre a importância das atividades físicas como relevantes para se ter qualidade de vida, mas que não praticam tais atividades por apresentarem problemas osteoarticulares/musculares. No entanto, ao romperem a barreira da limitação física, começam a perceber melhoras na sua capacidade funcional.

Ficou evidente a prevalência de mulheres no estudo em relação aos homens e foi percebido que as mulheres, além de cuidarem mais de sua saúde, são mais participativas e atuantes em grupos sociais do que os homens. Os homens ainda estão timidamente

envolvidos no cuidado efetivo, no que tange à sua saúde e os homens do estudo não são envolvidos com grupos sociais, instituição religiosa ou outros, preferindo o ambiente doméstico.

A valorização da liberdade e autonomia após os anos de dedicação à família, à casa e à criação dos filhos foi relevante nas falas das mulheres. Estas têm uma resistência às obrigações ou responsabilidades, preferindo uma vida de mais cuidado consigo mesmas e lazer. Tal fato demonstra que o envelhecimento para as mulheres – que anteriormente ocorria com atividades como cuidar dos netos e servir aos filhos – tem sido substituído por uma geração de idosas que pensam sobre si e sua representação social, o que tem gerado mudanças na qualidade de vida.

O estudo mostrou ainda que, apesar do perfil sociodemográfico apontar para uma baixa escolaridade, os participantes da pesquisa têm conhecimento do mundo reificado acerca de qualidade de vida, (os conceitos) que são trazidas para o senso comum gerando práticas e condutas que favorecem à melhoria do padrão de qualidade de vida, mesmo esbarrando nos entraves econômicos para sua efetivação.

Quanto a “ter” saúde, os participantes não mencionam sobre “ter” e sim “cuidar” demonstrando que manutenção da saúde é mais importante. Há uma preocupação em conhecer mais sobre cuidados com a saúde e os cuidados de si para melhoria do padrão de qualidade de vida. Nesse sentido não é referido o declínio em sua QV por ser portador de doença crônica, talvez pelo fato de não se perceber doentes e sim tratados.

Vale destacar o interesse pelas políticas públicas de saúde, sendo relevante perceberem os entraves que o idoso sofre em detrimento da não aplicação e implementação dessas políticas públicas no seu cotidiano para melhor contribuição para a manutenção de sua saúde, tratamento medicamentoso, terapêutico e hospitalar, na prevenção de doenças e agravos à saúde. Além disso, ocorreu uma demanda em destaque: as políticas públicas com relação a moradia, acessibilidade urbana e maiores investimentos que possibilitem a pessoa idosa exercer sua cidadania com mais tranquilidade, reduzindo sua vulnerabilidade social.

O enfermeiro, como educador, desempenha um importante papel na saúde pública no que tange ao atendimento primário que viabilize ações e estratégias que favoreçam a manutenção da saúde, prevenção de doenças e agravos e contribua para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A partir disso e dos levantamentos realizados do perfil sociodemográfico (escala SF-36), das entrevistas acerca da qualidade de vida, do

envelhecimento e sua representação social, foi elaborada uma Tecnologia Educacional em forma de oficina visando favorecer a qualidade de vida dos idosos, com orientações necessárias à prática de cuidado, sendo o idoso protagonista e transformador de práticas relacionadas à temática assim como a Escala SF-36 em sua aplicação instrumentalizou para elaboração de tecnologia educacional em forma de oficina.

Conclui-se que o estudo atingiu os objetivos; entretanto, apresenta limitações como o pequeno número de idosos participantes da pesquisa. Assim, considera-se fundamental que estudos futuros sejam realizados com um número maior de idosos, sobre as representações sociais acerca de sua qualidade de vida. Além disso, outra limitação foi a não implementação das oficinas de qualidade de vida devido ao tempo para realização da pesquisa. Então, as oficinas deverão ser implementadas nos grupos de idosos do CASIC para que se melhore o padrão de qualidade de vida e também para que os enfermeiros tenham condições de aprofundar assuntos que são pouco explorados na sua formação, mas que fazem parte das representações dos idosos sobre qualidade de vida nesta fase da vida.

9 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos no mundo. 2009.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR). No title. 2011.
3. Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estud Psicol (Campinas)* [Internet]. 2009 [acesso em 21 maio 2018];26(3):297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a03.pdf>.
4. Perdicaris AM. Qualidade de vida. In: Pinto RMF, organizador. *Temas de saúde pública: qualidade de vida*. Santos, SP: Leopoldianum; 2001. p. 228.
5. Leopardi MT. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa livro; 1999.
6. Ministério da Saúde (BR). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 Dez [acesso em 21 maio 2018];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
8. Valente GSC, Sá SPC, Chrisóstimo MM, Lindolpho MDC, Bom FS, Barreto PA. Oficina terapêutica com idosos portadores de demência e suporte aos seus cuidadores: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2010 [acesso em 21 jan 2018];4(3):1450-6. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6317/5563>.
9. Organización Panamericana de la Salud. *Guia clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. 3 ed. OPAS: Washington; 2003.
10. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
11. Figueiredo DMP. *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* [tese]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2007.
12. Moscovici S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
13. Ramos LR. *Epidemiologia do envelhecimento*. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
14. Lopes SRA, Massinelli CJ. *Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de*

- idosos com Alzheimer. Aletheia [Internet]. 2013 [acesso em 21 abr 2018];(40):1134-45. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a12.pdf>.
15. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 21 abr 2018];20(2):580-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>.
16. Saturnino LTM, Luz ZP, Perini E, Modena CM. O Internato Rural na formação do profissional farmacêutico para a atuação no Sistema Único de Saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2011 Abr [acesso em 21 maio 2018];16(4):2303-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a30.pdf>.
17. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.
18. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 14 mar 2018];61(1):113-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>.
19. Nietzsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(3):344-53.
20. Teixeira E, Sabóia VM. Tecnologias educacionais em foco. São Caetano do Sul: Difusão; 2011.
21. Francisco CM. Estudo dos fatores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre os idosos em velhice avançada no município de São Paulo [dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006 [acesso em 27 maio 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15012007-113953>.
22. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. O processo de envelhecimento e a vulnerabilidade individual, social e programática. Rev Enferm [Internet]. 2005 [acesso em 25 maio 2018];(1):19-31. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/693>.
23. Merhy EE. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. São Paulo: Hucitec; 2002.
24. Vieira CPB, Gomes EB, Fialho AVM, Rodrigues DP, Moreira TMM, Queiroz MVO.

Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. REME Rev Min Enferm. 2011;15(1)135-40.

25. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(2):95-101.

26. Freire P. Pedagogia do oprimido. 19. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1991.

27. Candau VM, Sacavino SB, Marandino M. Oficinas pedagógicas de direitos humanos. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

28. Panerai RB. Health care technology assesment and the planning of local health systems. In: World Congress on Biomedical Engineering and Medical Physics. 1994; Rio de Janeiro, Brasil.

29. Höfling. Políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado. 2001. p. 31.

30. Forjaz MCS. Industrialização, estado e sociedade no Brasil (1930-1945). Rev Adm Empres [Internet]. 1984 Set [acesso em 21 maio 2018];24(3):35-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v24n3/v24n3a06.pdf>.

31. Abrunheiro LMM. A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. Psicologia.pt: o portal dos psicólogos [Internet]. 2005 [acesso em 12 jun 2018]. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0255.

32. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [acesso em 13 jun 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

33. Ministério da Saúde (BR). Programa Academia da Saúde. [Internet]. [acesso em 21 maio 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=sobre.

34. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002 [acesso em 21 maio 2018]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf.

35. Gazzinelli MF, Penna C. Conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e

imaginação. Belo Horizonte: UFMG; 2006. p. 25-33.

36. Gadotti M. Convite à leitura de Paulo Freire. São Paulo: Scipione; 1989.

37. Feijó RB, Sáfadi MAP. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2006 Jul [acesso em 20 abr 2018];82(3 supl):s1-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n3s0/v82n3sa01.pdf>.

38. Buchalla CM, Waldman EA, Laurenti R. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2003 [acesso em 21 abr 2018];6(4):335-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v6n4/08.pdf>.

39. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso em 21 abr 2018] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf

40. Fundação Oswaldo Cruz. Humanização [Internet]. [acesso em 21 maio 2018]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>.

41. Ministério da Saúde (BR). Regulamento: pactos pela vida e de gestão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 21 abr 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/regulacao.pdf>.

42. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 21 abr 2018]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>.

43. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994 [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

44. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2003 [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

45. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2016 Jun [acesso em 21 maio 2018];19(3):507-19. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgb/v19n3/pt_1809-9823-rbgb-19-03-00507.pdf.

46. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a

- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. [Brasília]; 2006 [acesso em 22 jun 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.
47. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005 [acesso em 22 abr 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
48. Direção Geral de Saúde. Programa nacional para a saúde de pessoas idosas [Internet]. 2004 [acesso em 21 maio 2018]. Disponível: <https://www.sns.gov.pt/>.
49. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2009.
50. Figueiredo NMA, Tonini T. SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul: Yendis; 2007.
51. Bendassolli PF. A psicologia revisitada pela pragmática: subjetividade, conhecimento e método. *Psicol Reflex Crít.* 2002;15(2):309-19.
52. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
53. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
54. Sêga RA. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Anos 90* [Internet]. 2000 [acesso em 23 jun 2018];8(13):128-33. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6719>.
55. Oliveira MSBS. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev Bras Ciênc Soc.* 2004;19(55):180-6.
56. Abric JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB; 2000.
57. Vergara SC, Ferreira VCP. A representação social de ONGs segundo formadores de opinião do município do Rio de Janeiro. *Rev Adm Pública.* 2005;39(5):1137-59.
58. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e avaliação do questionário genérico da avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
59. Edmunds H. *The focus group research handbook*. New York: McGraw-Hill; 1999.
60. Favero LPL, Belfiore PP, Silva FL, Chan BL. *Análise de dados: modelagem*

multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Campus; 2009.

61. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.

62. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Cengage Learning; 2004.

63. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

64. Ministério da Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. [Brasília]; 2012 [acesso em 24 abr 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

65. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.

66. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

67. Berquo E. Condições sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Neri AL, Debert GG, organizadores. Velhice e sociedade. Campinas: Papyrus; 1999.

68. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2014 [acesso em 27 maio 2018];19(4):1263-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>.

69. Delatorre PG. Elaboração e validação de tecnologia educacional como estratégia de Enfermagem para o cuidado do idoso submetido à angioplastia coronariana transluminal percutânea [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2013.

70. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde do homem: (princípios e diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

71. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):565-74.

72. Chor D, Duchiate MP, Jourdan AMF. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade da região Sudeste, Brasil - 1960, 1970 e 1980. Rev Saúde Pública [Internet]. 1992 [acesso em 27 maio 2018];26(4):246-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n4/06.pdf>.

73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores: 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em

- 22 maio 2018]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf.
74. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2006 [acesso em 24 abr 2018];11(4):941-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32331.pdf>.
75. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Rev Saúde Pública*. 2003;19(3):717-24.
76. Rosset I, Roriz-Cruz M, Santos JLF, Haas VJ, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 24 abr 2018];45(2):391-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n2/1761.pdf>.
77. Cantera IR, Domingo PL. *Geriatrics*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.
78. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de promoção da saúde. [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 21 jun 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.
79. Moscovici S. *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
80. Melo MC, Souza AL, Leandro EL, Mauricio HA, Silva ID, Oliveira JMO. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [acesso em 25 abr 2018];14(suppl 1):1579-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a31v14s1.pdf>.
81. Monteiro CS. *A influência da nutrição, da atividade física e do bem-estar em idosas* [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001 [acesso em 25 abr 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/81565>.
82. Jodelet D. *Representação social: fenômenos, conceitos e teoria*. Gama MS, tradutor. Rio de Janeiro: FGV; 1988.
83. Gaarder J, Hellern V, Notaker H. *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
84. Gall TL, Malette J, Guirguis-Younger M. *Spirituality and religiousness: a diversity of*

- definitions. *J Spiritual Ment Health* [Internet]. 2011 [cited 2018 Apr 26];13(3):158-81. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19349637.2011.593404>.
85. Rosa LHT. Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda-RS, Brasil [tese na Internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso em 26 abr 2018]. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2772>.
86. Spink MJ, organizador. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense; 1995.
87. Wagner W. Sócio-gênese e características das representações sociais In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB; 1998. p. 3-25.
88. Rumor PCF, Berns I, Heidemann ITSB, Mattos LHL, Wosny AM. A promoção da saúde nas práticas educativas da saúde da família. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):674-80.

10 APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Dados de identificação

Título do Projeto: “**Oficina para idosos como tecnologia educacional visando a qualidade de vida: contribuições da enfermagem gerontológica**”

Não há fontes bibliográficas no documento atual (“**Oficina para idosos como tecnologia educacional visando a qualidade de vida: contribuições da enfermagem gerontológica**”)

Pesquisador Responsável: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Telefones para contato: (21) 985739198

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos. R.G. _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Oficina para idosos” como OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA, de responsabilidade do pesquisador **Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha**. O objetivo da pesquisa é: propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36. **Objetivos específicos:** Descrever as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida no processo de envelhecimento; aplicar a escala SF-36 referente à qualidade de vida; elaborar uma tecnologia educativa em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF-36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida; validar tecnologia educativa em forma de oficina visando o padrão de qualidade de vida do idoso.

As etapas do estudo são cinco:

1ª) Convite para participação no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos (propensos a participantes) serão captados no momento em que estiverem na sala de espera para as consultas de enfermagem e outras consultas realizadas no centro e serão convidados a participarem do estudo de acordo com o preenchimento dos critérios de elegibilidade, e serão esclarecidos acerca do tema, dos objetivos do estudo.

2ª) **Aplicação da Escala SF-36, formulário com perfil sociodemográfico e perguntas para captação da RS;** aplicação de questionário sociodemográfico.

3ª) **Elaboração da Tecnologia do cuidado em saúde.** Nesta etapa, será utilizada com as adequações de tecnologia do cuidado em forma de oficinas com os idosos auxiliam ou melhoram a da QV dos mesmos. Aplicação das escalas. A identidade dos participantes será preservada. Caso necessite, poderão ser marcados encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento. Será mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade da pessoa pela qual sou responsável. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador. É de grande relevância, pois através dos resultados poderemos desenvolver oficina para idosos como tecnologia educacional visando a qualidade de vida: contribuições da enfermagem gerontológica. Melhoria no atendimento e acolhimento ao idoso em unidade básica bem como nas consultas de enfermagem com um olhar atento as suas necessidades e ansiedades.

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

(Voluntário para a pesquisa)

(Responsável por obter o consentimento)

Testemunha

Testemunha

APÊNDICE 2 - Formulário de Entrevista (Coleta para Discussão em Grupo)

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA (COLETA PARA DISCUSSÃO EM GRUPO)

Para o senhor/ senhora o que é ter qualidade de vida?

Para o senhor/ senhora o que é ter qualidade de vida na velhice?

O que o senhor/senhora considera necessário para ter qualidade de vida na velhice?

Perfil Sociodemográfico

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: F () M ()

Cor: branca () parda () preto () _____

Residência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Religião: _____

Estado civil: casado () desquitado (a) () viúvo(a) () divorciado () outros

Reside com o idoso? () Sim () Não

Profissão: _____

Escolaridade

Fundamental	() Completo	() Incompleto
Médio	() Completo	() Incompleto
Superior	() Completo	() Incompleto

Renda individual

() 1 sal () 2 sal () 3 sal () 4 sal () 5 sal () acima de 5 sal
--

Renda familiar

() 1 sal () 2 sal () 3 sal () 4 sal () 5 sal () acima de 5 sal
--

Existência de enfermidades

<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Hipotireoidismo	<input type="checkbox"/> Hipertireoidismo
<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Problemas de coluna	<input type="checkbox"/> Artrose	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Outras:			

APÊNDICE 3 - Declaração

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os resultados do Projeto de Pesquisa intitulado: “Oficina com idosos como Tecnologia Educacional: contribuições para enfermagem gerontológica”, tornar-se-ão públicos tão logo a pesquisa se encerre.

Niterói,

Pesquisadora responsável: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Orientadora – Prof. Dra. Selma Petra Chaves de Sá

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Solicito autorização para desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: OFICINA PARA IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA , que dará origem a uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da linha de pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos, turma de 2016 / 1º semestre, que se dará a partir da sua autorização pelo CEP UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE (UFF).

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36. Objetivos específicos: Descrever as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida no processo de envelhecimento; Aplicar a escala SF-36 referente a qualidade de vida; Elaborar uma Tecnologia educativa em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF-36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida; Validar Tecnologia educativa em forma de oficina visando o padrão de qualidade de vida do idoso.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como exposição dos seus dados, no âmbito coletivo, onde a pesquisadora se compromete conduzir os encontros de modo que não haja desconforto, risco moral ou psíquico aos participantes. A pesquisa terá como sujeitos os idosos assistidos na unidade Básica de Saúde. Certa de contar com o apoio de V.S.^a, coloco-me a disposição para esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha
Enfermeira/Mestranda do MPEA

Orientadora – Prof. Dra. Selma Petra Chaves de Sá

APÊNDICE 5 – Solicitação de Autorização do CASIC – Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO CASIC – ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO E SEUS CUIDADORES**



**Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa – EEAAC
Coordenação Geral de Pós-graduação em Enfermagem**



Coordenação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – MPEA

Linha de Pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO CASIC – ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO E SEUS CUIDADORES**

Sr^a. Diretora do Centro de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores – EASIC,

Venho por meio desta solicitar a V.S.^a a autorização para desenvolver o Projeto de Pesquisa intitulado: OFICINA PARA IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA, que dará origem a uma dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF) - Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da linha de pesquisa: O Cuidado de Enfermagem para os Grupos Humanos, turma de 2016 / 1º semestre, que se dará a partir da sua autorização pelo CEP da Universidade Federal Fluminense Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF). Esta pesquisa tem como objetivo geral: propor uma tecnologia educacional em forma de oficina a partir das representações sociais dos idosos acerca de qualidade de vida e de dados objetivos da escala SF-36. Objetivos específicos: descrever as representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida no processo de envelhecimento; aplicar a escala SF-36 referente à qualidade de vida; elaborar uma tecnologia educativa em forma de oficina a

partir dos indicativos da escala SF-36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida; validar tecnologia educativa em forma de oficina, visando o padrão de qualidade de vida do idoso.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, como exposição dos seus dados, no âmbito coletivo, onde a pesquisadora se compromete a conduzir os encontros de modo que não haja desconforto, risco moral ou psíquico aos participantes.

A pesquisa terá como sujeitos os cuidadores de idosos.

Certa de contar com o apoio de V.S.^a, coloca-me à disposição para esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

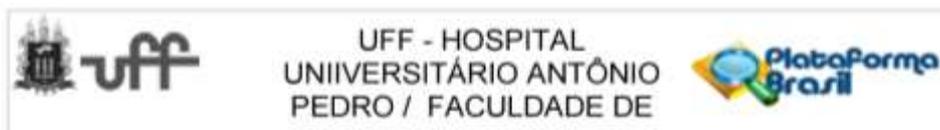
Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha
(Enfermeira/Mestranda do MPEA)

Orientadora – Prof. Dra. Selma Petra Chaves de Sá

Mirian da Costa Lindolpho
(Vice Coordenadora do Centro de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus
Cuidadores – CASIC)

11 ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Pesquisador: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68936517.5.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.113

Apresentação do Projeto:

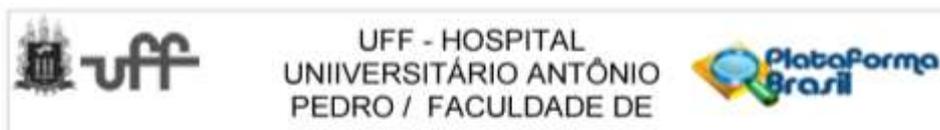
A pesquisa bem descrita e embasada é tema de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – UFF e será realizada por enfermeira na unidade básica de saúde denominada Doutel de Andrade no Município de São Gonçalo. O pesquisador relata que este estudo tem como foco a qualidade de vida de idosos, pois sabe-se a estreita relação entre qualidade de vida (QV) e envelhecimento. O mesmo justifica que o envelhecimento possui uma representação para a sociedade além da (QV) ser um assunto veiculado na sociedade, está no senso comum e no pensamento popular. Assim, o envelhecimento como a qualidade de vida também sendo tema atual de representações sociais(RS). O estudo tem como objetivo geral analisar o parâmetro de qualidade de vida em idosos antes e após a implementação da tecnologia educacional (de cuidado em saúde) na modalidade oficinas a partir das representações sociais dos idosos acerca do significado de qualidade de vida. Apresenta como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos. Elaborar uma Tecnologia do cuidado em saúde em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida. Implementar uma Tecnologia educacional de cuidado em saúde em forma de Oficina para os idosos visando à qualidade de vida do idoso. O pesquisador relata que será uma pesquisa de abordagem quantitativa e será

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **Município:** NITERÓI **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** elica@vm.uff.br

Página 01 de 04

11 ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Pesquisador: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68936517.5.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.113

Apresentação do Projeto:

A pesquisa bem descrita e embasada é tema de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – UFF e será realizada por enfermeira na unidade básica de saúde denominada Doutel de Andrade no Município de São Gonçalo. O pesquisador relata que este estudo tem como foco a qualidade de vida de idosos, pois sabe-se a estreita relação entre qualidade de vida (QV) e envelhecimento. O mesmo justifica que o envelhecimento possui uma representação para a sociedade além da (QV) ser um assunto veiculado na sociedade, está no senso comum e no pensamento popular. Assim, o envelhecimento como a qualidade de vida também sendo tema atual de representações sociais(RS). O estudo tem como objetivo geral analisar o parâmetro de qualidade de vida em idosos antes e após a implementação da tecnologia educacional (de cuidado em saúde) na modalidade oficinas a partir das representações sociais dos idosos acerca do significado de qualidade de vida. Apresenta como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos. Elaborar uma Tecnologia do cuidado em saúde em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida. Implementar uma Tecnologia educacional de cuidado em saúde em forma de Oficina para os idosos visando à qualidade de vida do idoso. O pesquisador relata que será uma pesquisa de abordagem quantiquantitativa e será

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303-4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** elica@vm.uff.br

Página 01 de 04

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFICINA COM IDOSOS COMO TECNOLOGIA EDUCACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA

Pesquisador: Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68936517.5.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.113

Apresentação do Projeto:

A pesquisa bem descrita e embasada é tema de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial – UFF e será realizada por enfermeira na unidade básica de saúde denominada Doutel de Andrade no Município de São Gonçalo. O pesquisador relata que este estudo tem como foco a qualidade de vida de idosos, pois sabe-se a estreita relação entre qualidade de vida (QV) e envelhecimento. O mesmo justifica que o envelhecimento possui uma representação para a sociedade além da (QV) ser um assunto veiculado na sociedade, está no senso comum e no pensamento popular. Assim, o envelhecimento como a qualidade de vida também sendo tema atual de representações sociais (RS). O estudo tem como objetivo geral analisar o parâmetro de qualidade de vida em idosos antes e após a implementação da tecnologia educacional (de cuidado em saúde) na modalidade oficinas a partir das representações sociais dos idosos acerca do significado de qualidade de vida. Apresenta como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos. Elaborar uma Tecnologia do cuidado em saúde em forma de oficina a partir dos indicativos da escala SF36 e das representações sociais do idoso acerca de sua qualidade de vida. Implementar uma Tecnologia educacional de cuidado em saúde em forma de Oficina para os idosos visando à qualidade de vida do idoso. O pesquisador relata que será uma pesquisa de abordagem quantiqualitativa e será

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2.131.113

Básicas do Projeto	ETO_855994.pdf	09:28:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLParticipantes.docx	20/06/2017 08:33:41	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL_Especialistas.docx	20/06/2017 08:33:31	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito
Outros	cartaresposta.doc	20/06/2017 08:29:49	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado.doc	20/06/2017 08:29:04	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito
Folha de Rosto	frmargarete.pdf	11/04/2017 11:27:37	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anunciarmargarete.pdf	10/04/2017 09:33:12	Margarete Tereza Machado Ulrichsen Sardinha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 21 de Junho de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica@vm.uff.br

ESCALA SF-36

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

1. Em geral você diria que a sua saúde é:

(1) excelente (2) muito boa (3) boa (4) ruim (5) muito ruim

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

(1) muito melhor (2) um pouco melhor (3) quase a mesma

(4) um pouco pior (5) muito pior

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	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	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 anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	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 desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

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)?

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

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

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
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