



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO

**CRISTIANE SOZAR PEREIRA PANTOJA
KELLY CRISTINA DE SOUZA LIMA
VIVIANE MONIQUE MARQUES PINTO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
IDOSOS DE BELÉM-PARÁ.**

BELÉM – PA

2017

CRISTIANE SOZAR PEREIRA PANTOJA
KELLY CRISTINA DE SOUZA LIMA
VIVIANE MONIQUE MARQUES PINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
IDOSOS DE BELÉM-PARÁ.**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Faculdade Paraense de
Ensino como requisito de qualificação.

Orientadora: Prof. Me. Milena Silva dos
Santos

BELÉM – PA

2017

Biblioteca de Graduação – Faculdade Paraense de Ensino

P198a Pantoja, Cristiane Sozar Pereira.

Avaliação da qualidade de vida e condições de saúde de idosos de Belém-Pará. / Cristiane Sozar Pereira Pantoja, Kelly Cristina de Souza Lima, Viviane Monique Marques Pinto. _ Belém, 2017.

63 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade Paraense de Ensino, Belém, 2017.

Orientadora: Prof.^a Me. Milena Silva dos Santos.

1. Enfermagem. 2. Qualidade de vida. 3. Idosos. I. Título.

CDU 616.083

CRISTIANE SOZAR PEREIRA PANTOJA
KELLY CRISTINA DE SOUZA LIMA
VIVIANE MONIQUE MARQUES PINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
IDOSOS DE BELÉM-PARÁ.**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Faculdade Paraense de
Ensino como requisito de qualificação.

Orientadora: Prof. Me. Milena Silva dos
Santos

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

- Orientador Prof. Milena Silva dos Santos

Me Maria da Conceição nascimento Freitas

Esp.Amanda Conceição Braga de Souza de Paiva

“Desejo que você, sendo jovem, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e é preciso que eles escorram entre nós.”

Victor Hugo (1802-1885)

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente e nossa senhora de Nazaré, Por ter sido meus guias durante toda essa caminhada, pelo seu amor misericordioso, por que sem a vontade deles eu não teria chego até onde eu cheguei e sem o seu amor não teria conseguido suportar tantas incertezas e dificuldades que me apareceram no decorrer do tempo. Eu te agradeço meu Deus e a minha mãe nossa senhora de Nazaré por ser meus fieis amigos e companheiros.

Aos meus pais por me darem forças, a minha mãe por sempre me incentivar a continuar quando muitas das vezes me sentia triste quando sentia dificuldades em não poder conciliar certas coisas, como trabalho, estagio, filhos e faculdade,e me ajudou muito a cuidar dos meus filhos.

Em especial aos meus filhos pela compreensão, quando existia momentos em que me exigiam atenção e eu não podia, pois estava muito ocupada com meus trabalhos de faculdade mas mesmo assim eles me davam forças para continuar .

Aos idosos que contribuíram para a construção deste trabalho e a equipe que me acompanhou na coleta de dados. Muito obrigada de coração.

A todos os meus familiares que de alguma maneira contribuíram para o meu crescimento tanto pessoal quanto profissional.

Aos meus amigos que me acompanharam na minha trajetória. E a todos aqueles que direto e indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Cristiane Sozar Pereira Pantoja.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a DEUS pela oportunidade de estar vivenciando esse momento tão especial, pela trajetória traçada durante esses anos de academia; A minha família, que esteve sempre ao meu lado nos momentos mais angustiantes e estressante e com muita paciência souberam me compreender; As minhas irmãs que não mediram esforços para me ajudar quando precisava delas; Em especial minha amada mãe Edite lima que pela graça de deus estar viva para presenciar mais uma vitória em minha vida; Ao meu filho amado Pedro que soube me esperar tranquilamente, nos momentos de aflições e angustias; Aos professores que com muita dedicação nos ajudaram a crescer intelectualmente; A nossa coordenadora Eliane Lobato que soube me entender nos momentos de dificuldades; Aos amigos que conquistei durante essa jornada em especial a minha equipe de trabalho Cristiane Sozar e Viviane Monique que nos dias difíceis estavam sempre comigo; Ao grupo de Terceira Idade da comunidade; Devo também, um muito obrigada a minha ilustre orientadora Milene dos santos que é uma excelente profissional e dedicada com o trabalho acadêmico e a cada um que contribuiu diretamente ou indiretamente para finalização deste trabalho.

Kelly Cristina De Souza Lima

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço primeiramente a Deus por ter conseguido conquistar meu grande sonho. A nossa senhora de Nazaré e a nossa senhora do Perpetuo Socorro também fazem parte desse agradecimento, fortalecendo a minha fé e as minhas forças nos momentos mais difíceis no passar desses anos.

A minha Mãe\Avó Raimunda Ferreira Marques foi essencial para essa formação de conhecimento, ela é as minhas pernas e braços sem ela eu não sou nada. Ao meu Pai Elinaldo Marques Pinto que me deu força durante todos esses anos, e sempre puxando a minha orelha pra sempre melhorar como profissional. Não podia deixar de fala da minha família que tenho como base de força e determinação, essa minha conquista vem tanto da minha força de vontade como da minha família em vencer, em especial meu Pai\avô que sempre me apoiou nas minhas decisões. E todos foram de suma importância. Os meus amigos também fizeram parte da minha historia no passar desse tempo, uns diretamente e outros indiretamente, teve uns mais próximos e aqueles mais distantes mais todos eles tinham o mesmo desejo em relação á mim. Nesses quatro anos de trajetória aconteceram muitas coisas, e uma delas foi conhecer a minha equipe de Trabalho De Conclusão De Curso. A Cristiane Sozar e Kelly Lima também fazem parte da minha história de formação. Elas souberam me ajudar quando foi preciso, antes era apenas uma defesa e ao passar dos anos isso se transformou em amizade verdadeira. Quero agradecer a vocês meninas por me aturarem todo esse tempo de curso, e podem ter certeza que lembrarei da amizade de vocês por toda a vida, assim como lembrarei dos meus mestres de ensino nesses quatro anos de curso. Não podia deixar de agradecer a nossa orientadora Millena Santos pela paciência e disposição em nos ajuda, e pedir desculpa por tudo. A nossa coordenadora Eliane Lobato por tudo que fez por nos e pelo nosso curso de enfermagem. E aos meus professores de estágios, agradeço pela paciência e todo aprendizado de conhecimento. Obrigada por tudo meu Deus.

Viviane Monique Marques Pinto.

Lista de Ilustrações

Gráfico 1: Relação percentual de gêneros de idosos.....	22
Gráfico 2: Faixa x etária.....	23
Gráfico3: Relação idoso x religião.....	24
Gráfico 4: Nível de satisfação dos idosos em relação a sua saúde.....	25
Gráfico 5: Nível de satisfação ao desempenhar suas atividades do dia-a-dia.....	26
Gráfico 6: Nível de satisfação do idoso quanto forma que utiliza seu temp....	27
Gráfico 7: Satisfação do atendimento no local onde mora.....	28
Gráfico 8 : Você esta satisfeito com o lazer em sua comunidade.....	29
Gráfico 9 : Como você se relaciona com sua família.....	30
Gráfico 10: Você está satisfeito com sua espiritualidade.....	31
Gráfico 11: Você e reconhecido na sua família.....	32
Gráfico 12 : Você se sente satisfeito com tudo que conquistou no decorrer de sua vida.....	33

RESUMO

Uma das mudanças demográficas mais marcantes e importantes da atualidade é o envelhecimento humano, o qual tem alcançado também boa representatividade em países que se encontram em desenvolvimento. O processo do envelhecer é uma trilha natural e irreversível, derivando das experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida do ser. A partir disto, objetivou-se avaliar a qualidade de vida e condições de saúde dos participantes do Programa de Saúde do Idoso em uma Unidade Municipal de Saúde de Belém-PA. A pesquisa sobre a qualidade de vida foi realizada na UMS, no qual foi avaliado 15 idosos, com idade entre 55 a 76 anos. A coleta de dados foi aplicada mediante a um questionários de perguntas fechadas da WHOQOL-SRPB que é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar os aspectos referente a espiritualidade, religião, família, lazer e crenças pessoais que estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde do idoso. Para a obtenção dessas análises, foram examinadas as estatísticas descritivas das amostras, através de classificação de gênero e faixa etária. Os resultados demonstraram que aqueles que participam ativamente de determinadas atividades percebem possuir melhor qualidade de vida se comparados com aqueles também ativos, porém que não participam de nenhum grupo regularmente, o fator de gênero nos apontaram uma grande diferença em relação ao cuidar do fator saúde.

Palavras-chave: Qualidade de vida; idosos; grupos; programa.

ABSTRACT

One of the most significant and important demographic changes today is human aging, which has also achieved good representation in developing countries. The process of aging is a natural and irreversible path, derived from the experiences, goals and perspectives that integrate the life of being. From this, the objective was to evaluate the quality of life and health conditions of the participants of the Health Program of the Elderly in a Municipal Health Unit of Belém-PA. Quality of life research was conducted at UMS, in which 15 elderly people, aged 55 to 76 years, were evaluated. Data collection was applied through a closed questionnaire from the WHOQOL-SRPB, which is an instrument that was developed to evaluate the aspects related to spirituality, religion, family, leisure and personal beliefs that are related to quality of life in health and in health care for the elderly. To obtain these analyzes, we analyzed the descriptive statistics of the samples, by means of classification of gender and age group. The results showed that those who actively participate in certain activities perceive to have a better quality of life compared to those also active, but that do not participate in any group regularly, the gender factor showed us a great difference in gratification when taking care of the health factor.

key words: Quality of life; seniors; groups; program.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO – TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
2.JUSTIFICATIVA.....	14
3.OBJETIVOS.....	15
3.1GERAL.....	15
3.2ESPECIFICO.....	15
4.REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	16
5 CONTEXTUALIZANDO O IDOSO NO BRASIL E NO MUNDO.....	20
6. A PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO: HISTÓRIA E ATUALIDADE	24
7. POLITICAS PUBLICAS E O ESTATUTO DO IDOSO.....	27
8 QUALIDADE DE VIDA.....	29
9. QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE.....	31
10.METODOLOGIA.....	33
10.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
10.2 LOCAL DA PESQUISA.....	33
10.2.1Período.....	34
10.3 OBJETO DE ESTUDO.....	34
10.3.1 CRITERIO DE INCLUSÃO.....	35
10.3.2 CRITERIO DE EXCLUSAO.....	35
11. COLETA DE DADOS.....	36

11.1 WHOKOL-OLD.....	36
11.2 TECNICA DE ANALISE DE DADOS.....	36
11.3 ASPECTOS ETICOS E LEGAIS.....	37
11.4 RISCOS E BENEFICIOS.....	37
12. RESULTADOS E DISCURSSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXO.....	62
APENDICE.....	63

1. INTRODUÇÃO

TEMA E PROBLEMATIZAÇÃO

Uma das mudanças demográficas mais marcantes e importantes da atualidade é o envelhecimento humano, o qual tem alcançado também boa representatividade em países que se encontram em desenvolvimento. O processo do envelhecer é uma trilha natural e irreversível, e é percebido por quem vivencia essa fase a partir de diferentes prismas, derivando das experiências, objetivos e perspectivas que integram a vida do ser. No contexto brasileiro, pode-se perceber que a população vem envelhecendo acentuadamente a partir da década de 60 e o principal motivo para esse fato é pelo exacerbado declínio da taxa de fecundidade (VERAS, 2007).

No final do século XX e início do século XXI, o Brasil marcou um acentuado crescimento de pessoas idosas em relação ao total da população brasileira. (MOREIRA, 2001)

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, define o Idoso como pessoas com 60 anos ou mais. Já a Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (RODRIGUES, 2007).

O envelhecimento deve ser compreendido para além do olhar biológico, pois o homem não é apenas um composto de órgãos e músculos, mas do que isso, este se completa através de sua inserção nos meios culturais, sociais, políticos e ideológicos, colaborando, assim, para sua constituição enquanto ser pensante, histórico e social (GUCCIONE, 2002). O envelhecimento pode ser definido como um processo gradual, universal e irreversível, que acelera na maturidade e que provoca uma perda funcional progressiva no organismo (NAHAS, 2003).

Nesse sentido, o aumento da expectativa de vida é resultado de uma combinação de fatores que hoje estão sobre controle, principalmente, pelos avanços ocorridos na área farmacológica, e também pelas mudanças no estilo de vida da população idosa,

pela implantação de novas políticas públicas, além do controle das doenças infectocontagiosas (MATSUDO, 2001). Essas mudanças na pirâmide populacional geram consequências também negativas, tendo em vista os vários desafios que são direcionados ao sistema público de saúde, em decorrência de doenças próprias da idade (FURTAD, 2012).

O Brasil tem aproximadamente 22 milhões de idosos. O aumento é contínuo na população brasileira, estatísticas revela que em até 2040 o número de idosos poderá ultrapassar a meta de 66 milhões de pessoas idosas na sociedade, o que responderá a estatística de 32% da população brasileira. O que corresponde a mais de 12% da população total do país. Desses 22 milhões, 56% são formados por mulheres e os outros 44% por homens (IBGE, 2010).

No Pará hoje temos uma população total de 7.822,205 pessoas onde 549.470 são maiores de 60 anos, que equivalem a 7% da população total, o Município de Belém tem uma população Idosa de 131.517, que equivale a 9,3% da população total que é de 1.410,430 habitantes, já sendo considerado um município envelhecido, pois segundo os padrões estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde) a partir de 7% a população é considerada envelhecida com tendência a crescer, a região Metropolitana de Belém é a mais populosa. (DATASUS/2016).

A qualidade de vida refere se à satisfação da pessoa em relação a sua vida, levando em consideração diversos fatores, sendo os mais comuns à saúde, família, trabalho, religião, espiritualidade, lazer, assim como o meio ambiente onde vive e os aspectos sociais e financeiros (BARBOSA, 2013).

A preocupação especificamente com a qualidade de vida na velhice ganhou relevância nos últimos 30 anos. Isso se deu em função do crescimento do número de idosos e da expansão da longevidade, que passou a ser compartilhada por um número maior de indivíduo vivendo em diversas sociedades (NERI, 2000).

Apesar do Estatuto do Idoso, que assegura todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, a falta de infraestrutura para esses cidadãos ainda é grande. Com a perda de algumas habilidades que vem com o tempo, é comum idosos se locomoverem de ônibus. Motoristas que não respeitam e passam sem parar, e até mesmo passageiros que não se levantam, mostram como o cidadão brasileiro ainda é desrespeitoso com as pessoas da melhor idade.

O envelhecer não é somente um momento na vida de um indivíduo, mas um processo extremamente complexo e pouco conhecido, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que suporta ou a assiste. O motivo pelo qual se escolheu esse tema foi para mostrar para a sociedade que estar na terceira idade não implica necessariamente em doença e afastamento, pois o idoso tem potencial para mudanças e reservas de energia física que ainda não foram exploradas de uma forma geral.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu a partir das aulas no decorrer das discussões das disciplinas com a temática direcionada ao idoso. Isto fez despertar nas componentes da equipe um comprometimento com esse público, tendo em vista que trabalhamos em unidades de saúde e temos conhecimento da realidade do tratamento dos idosos nessas unidades. Os nossos interesses se somaram a sugestão da orientadora, bem como o cuidado e a preocupação com nossos familiares que já fazem parte do grupo de pessoas da terceira idade. Outro fator de grande relevância para a realização desse trabalho foi às dificuldades e a qualidade de vida que essa “nova” população vem enfrentando ao longo da sua vivência.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Verificar a qualidade de vida e condições de saúde dos participantes do Programa de Saúde do Idoso de uma Unidade Municipal de Saúde e dos idosos participantes da Pastoral da Pessoa Idosa de uma Paróquia de Belém-PA.

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil Demográfico dos idosos que frequentam o Programa do Idoso e a Pastoral da Pessoa Idosa;
- Avaliar a qualidade de vida e as condições de saúde dos idosos pesquisados.

4. REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa, edificada com base na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e sustentada por artigos, coletados em bases de dados e virtuais utilizando os descritores idosos e a qualidade de vida.

4.1. PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Fala-se correntemente de envelhecimento como tratando se de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade”. O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica (FONTAINE, 2000).

Segundo Fernandes (cit.in NETO 2005, p.9), o envelhecimento é “conjunto de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos” que se traduz numa incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente.

As estimativas brasileiras fazem seu prenúncio de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Por este notável crescimento, atualmente as questões sobre envelhecimento estão sendo cada vez mais estudadas e pesquisadas.

Ao se falar em envelhecimento, deve-se ter a preocupação em não unicamente acrescentar anos de vida, ou melhor, a estética do corpo, mas sim que os anos vividos sejam acompanhados de qualidade, saúde e satisfação para o indivíduo. Portanto é necessário o oferecimento de condições sociais como de atenção a saúde e economia ao idoso no sentido que os mesmo estejam verdadeiramente inseridos em sua condição social (BRAGA;LAUTERT,2004).

Porém a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer. Alguns autores diferenciam claramente os dois termos e outros não fazem essa diferença. Nesse estudo serão adotados os dois termos

em sua diferenciação. É bastante frequente vermos autores que utilizam estas duas definições com o mesmo significado, porém Messy (1999, p.23) aborda velhice e envelhecimento como processos distintos:

Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião.

Costa (1998, p.26) também distingue envelhecimento e velhice:

Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

O envelhecimento é um processo natural de todo o ser humano. Para Duarte (2008), este processo apresenta estas características: “[...] é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina [...] nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter”. Entre alguns autores, existem variadas dimensões sobre o processo de envelhecer, que pode ser a dimensão biológica, a psicológica, a cronológica ou a social (DUARTE, 2009).

Reforçando esse argumento pode-se citar que o processo de envelhecimento é segundo Souza (2007, p.12):

Entre todas as definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o

envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte.

À medida que já compreendemos o envelhecimento, nos propomos a conhecer de que maneira a velhice é entendida para alguns autores.

Na compreensão de Neri (2001, p. 69) “a velhice é a última fase do ciclo vital e é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especializações cognitivas”.

Segundo Mazzucco (1995, p.11), “a velhice é então definida como parte do desenvolvimento do homem. É o resultado de sucessivas passagens ocorridas no indivíduo, tanto física e psicologicamente, quanto cultural ou socialmente”.

O idoso tem sido visto e tratado de maneira diferente de acordo com períodos e estrutura social, cultural, econômica e política de cada sociedade. É fundamental trazer o fato de que a sociedade a que pertencem esses idosos impõe uma norma de relacionar-se com a vida, que é definida socialmente.

“A velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; ela não é somente um fato biológico, mas também um fato cultural” (BEAUVOIR 1990, p. 20).

A inspiração para qualquer sociedade é prolongar a vida. No entanto só pode ser considerada uma conquista quando se agrega qualidade aos anos adicionais de vida. Deste modo, as políticas destinadas aos idosos precisam levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação. Devendo também abrir campo para a atuação em variados contexto social e de elaboração de novos significados para a vida avançada. É incentivar, basicamente: prevenção, cuidado e atenção integral a saúde (VERAS 2009).

5. CONTEXTUALIZANDO O IDOSO NO BRASIL, E NO MUNDO.

Sobre a velhice, precisamos destacar que esta vem crescendo consideravelmente e se configurando como um desafio mundial. Neste sentido Farielo e Vieira (2007, p.3) citam que o:

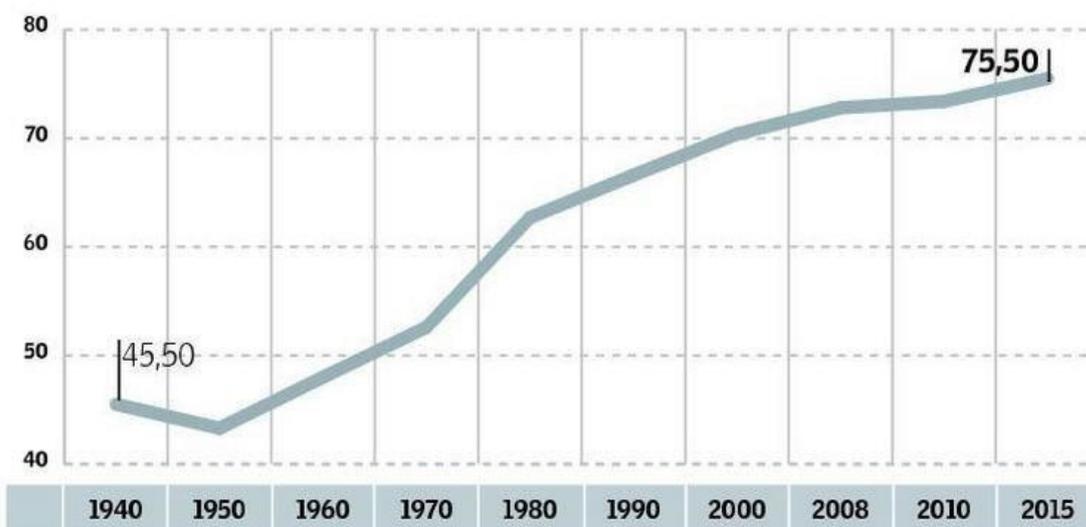
[...] chefe do programa de envelhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o brasileiro Alexandre Kalache, alerta que está em curso uma enorme mudança de paradigmas, provocada pelo aumento da longevidade, acompanhado de uma redução das taxas de fecundidade. “Até o início dos anos 2000, esse quadro ainda não estava tão claro”, lembra ele, apontando que o fenômeno é recente e vai exigir uma mudança profunda nos costumes”.

Podemos perceber pelo gráfico 1 a mudança significativa da expectativa de vida no mundo no decorrer dos anos:

Gráfico 1 – Evolução da Expectativa de Vida.

Evolução da expectativa de vida no Brasil

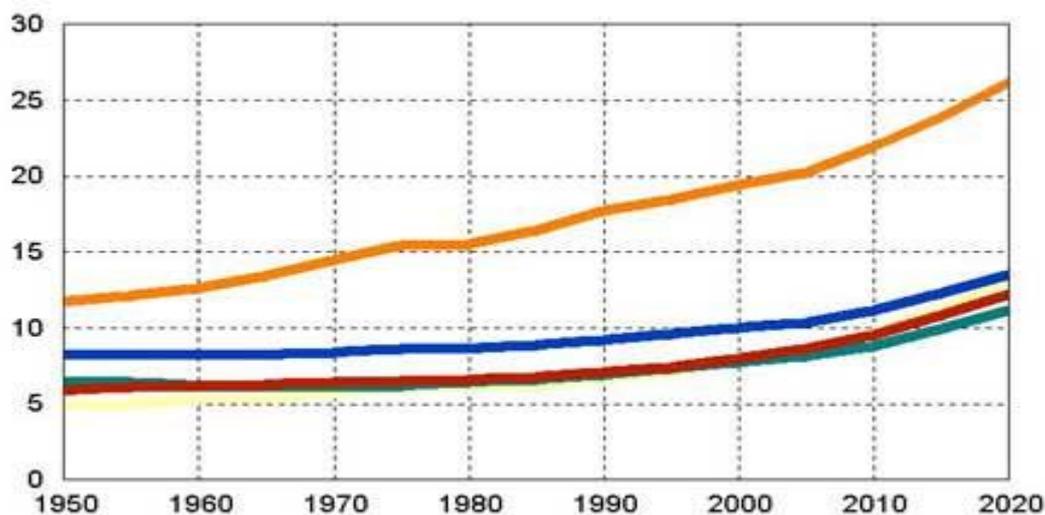
Em anos



Fonte: IBGE

Vários são os fatores que influenciaram neste aumento, como a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da qualidade de vida dos idosos. Em decorrência do aumento da expectativa de vida mundial, proporcionalmente aumentou o número de pessoas com mais de 60 anos de acordo com o gráfico 2:

Gráfico 2 – Proporção de Idosos
(População com mais de 60 anos, em % da população total)



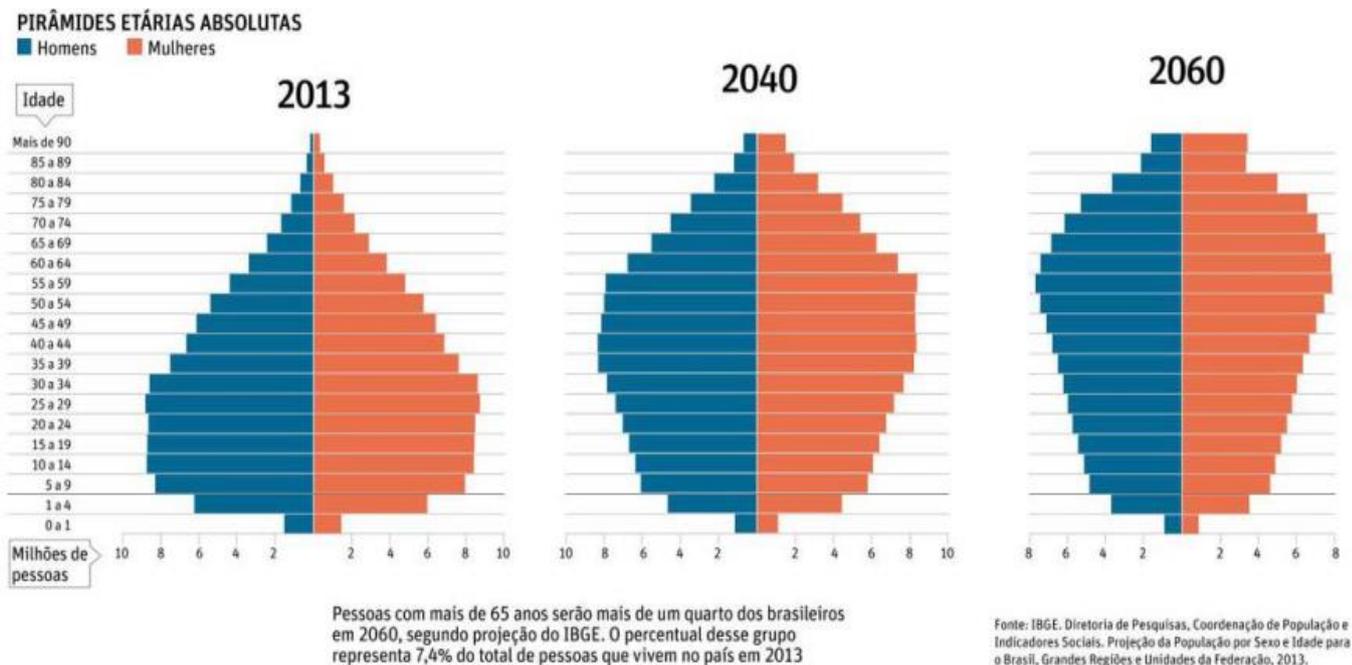
Fonte: ONU.2006.

Legenda:

azul= Mundo; **laranja** = América Latina; **vermelho** = Países mais desenvolvidos;
verde =Países menos desenvolvidos; **amarelo** = Brasil.

Segundo a ONU processo de envelhecimento no Brasil ocorre em um contexto marcado principalmente por uma alta incidência de pobreza e desigualdade social. Pode-se partir do princípio de que a pobreza numa sociedade desigual como a brasileira ocasionará, conseqüentemente, a reprodução da pobreza na velhice, sobretudo quando se consideram alguns aspectos, muitas vezes, característicos dessa faixa etária, ou seja, a morbidade.

**Gráfico 3 – Pirâmide Populacional do Brasil – Transição Demográfica:
(crescimento da população de idosos)**



Fonte: ONU, 2006

Para melhor apreender de que forma se caracterizaram as condições da velhice no Brasil, é preciso pensar nas contradições que acompanharam sua trajetória e na própria dinâmica da sociedade.

Apesar da Constituição Brasileira de 1934 ter sido a primeira a tratar da velhice, esta não significou avanços e nem garantia de direitos aos idosos. Conforme Ramos (*apud* AGUSTINI, 2003, p.93):

Mesmo com esse dispositivo, a velhice com dignidade – e o próprio chegar a velhice – continuou não sendo reconhecida como direito de todos, mas tratada apenas como direito de segmentos sociais que atuavam em setores determinados (indústria, comércio, por exemplo). Sabe-se, todavia, que à época, a

maior parte da população brasileira vivia no campo, e não contava com qualquer proteção do Estado.

Nessa perspectiva, levando-se em consideração que o processo do envelhecimento carrega consigo muitas alterações anátomo-fisiológicas, é válido pensar em traçar estratégias para aproveitar e viver a vida de forma harmoniosa, equilibrada e com qualidade de vida (Silva et al., 2011).

6. A PROTEÇÃO SOCIAL AO IDOSO: HISTÓRIA E ATUALIDADE

Nos países desenvolvidos, buscou-se a manutenção do papel social e a reinserção dos idosos, sendo a questão da renda resolvida por meio de sistemas de seguridade social. Nos países em desenvolvimento e no Brasil, várias questões ficaram pendentes, como a pobreza e a exclusão da população anciã; somente após muitas décadas, o Brasil começou a tomar medidas para compensar a situação de descaso com a população idosa (BEAUVOIR, 1990)

No século XX, têm início as políticas previdenciárias estatais para trabalhadores privados. É criado, em 1919, o seguro de acidentes do trabalho e, em 1923, a Caixa de Aposentadorias e Pensões é regulamentado pela Lei Eloy Chaves. Simões (1994), apud Debert (2004), diz que, na década de 1930, cada empresa tinha a sua política para aposentadoria. Por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), o empregado contribuía com uma parcela mensal do seu salário enquanto estava na ativa, como acontece na aposentadoria privada. Em 1930, o país já tinha uma política de bem-estar social, com previdência, educação, saúde e habitação. Nesse ano, foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no qual as Caixas foram substituídas pelos Institutos de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); nestes, estados e sindicatos detinham maior autonomia na gestão de recursos.

O marco legal reconhecido mundialmente como relacionado aos direitos dos idosos foi em 10 de dezembro de 1948, dia no qual a Assembleia Geral das Nações Unidas promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Este documento histórico, além de afirmar que 42 “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos”, define, em seu artigo 25, os universais direitos dos idosos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em

circunstâncias fora do seu controle.
(ONU, 1948, grifo nosso).

Camarano e Pasinato (2004) dizem que o início das políticas públicas para idosos, em âmbito global, só vai acontecer com a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, no ano de 1982, cujo resultado foi um plano global de ação que geraram objetivos como: garantir segurança econômica, social, autonomia e integração dessa população ao processo de desenvolvimento das nações, inclusive percebendo o idoso como um potencial consumidor.

Debert (2004) diz que, em 1961, foi criada a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, visando apoiar obras, organizações e pesquisas relacionadas à velhice. Em 1963, o Serviço Social do Comércio – SESC – começa suas atividades de amparo aos idosos, o que, mais tarde, revoluciona a assistência social ao idoso. O SESC tinha por finalidade promover um envelhecimento de qualidade aos idosos associados com atividades de lazer.

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS –, reunindo todos os Institutos. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência Social, desvinculando questões previdenciárias e de aposentadorias das empresas e dos sindicatos. Os sindicatos perderam recursos financeiros, centrando suas lutas nos trabalhadores da ativa, deixando a questão das aposentadorias para o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência (HADDAD, 2001).

Houve, no mesmo ano, a implantação do Benefício da Renda Mensal Vitalícia, já extinto em 01/01/1996 pela Lei nº 8.742/93, transferindo a responsabilidade para a área da Assistência Social, antes de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); e o Programa de Assistência ao Idoso, desenvolvido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, voltado para os idosos e que visava à promoção humana por meio de um conjunto de ações que desencadeasse um processo de desenvolvimento humano e social (REZENDE, 2008).

Em 1974, o Governo Federal inicia a assistência ao idoso através do INPS. Durante a década de 1970, o Governo Federal cria benefícios não contributivos para idosos carentes: as aposentadorias rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV), para

trabalhadores carentes urbanos ou rurais. As RMVS foram às primeiras políticas para a proteção ao idoso necessitado no Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004).

O Brasil já contava com uma política de bem-estar social que incluía previdência social, saúde, educação e habitação. Nos anos 1970, a Lei nº 6.119/74 instituiu a Renda Mensal Vitalícia no valor de 50% do salário mínimo para os maiores de 70 anos que houvessem contribuído para a Previdência ao menos por um ano. No final da década de 1970, o INPS passou a apoiar os centros de convivência como lugares de socialização, e os idosos começaram a se organizarem em associações (RODRIGUES, 2005).

Em 1974, o Governo Federal inicia a assistência ao idoso através do INPS. Durante a década de 1970, o Governo Federal cria benefícios não contributivos para idosos carentes: as aposentadorias rurais e a Renda Mensal Vitalícia (RMV), para trabalhadores carentes urbanos ou rurais. As RMVS foram às primeiras políticas para a proteção ao idoso necessitado no Brasil (CAMARANO; PASINATO, 2004).

7. POLÍTICAS PÚBLICAS E O ESTATUTO DO IDOSO

A importância das reflexões sobre questões inerentes aos idosos, observando-se as práticas e estratégias das políticas públicas de saúde e o impacto das mesmas sobre a qualidade de vida deles, demarca um ponto de partida para o elo entre diversos campos do conhecimento, os quais representam um suporte fundamental para a Problematização e reconhecimento das demandas e necessidades dessa população (Moura, Silva e Marques, 2011), especificamente no contexto da saúde, e também as diretrizes estratégicas para o desenvolvimento de ações de atendimento e acolhimento de maneira efetiva e eficaz.

Com esse crescimento contínuo da população idosa brasileira, torna-se necessária a incriminação de políticas de saúde direcionadas a essas pessoas e a seus familiares; sabe-se da importância dos cuidadores, enfocando principalmente a prevenção de doenças e a promoção da saúde, a partir do estilo de vida ativo, objetivando retardar as modificações decorrentes do envelhecimento, bem como proporcionar a autoestima, que é característica relevante nesse processo de cuidar (SILVA, 2011).

A partir do reconhecimento do envelhecimento populacional no Brasil, por parte do governo federal, foi aprovada em 4 de janeiro de 1994 a Lei nº 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 1.948/96 (BRASIL, 1994). A finalidade dessa lei é assegurar direitos sociais, garanti-los a fim de assegurarem a promoção da integração, autonomia e participação efetiva do idoso na sociedade, visando ao exercício de sua cidadania. Consta ainda, nessa lei, que a pessoa idosa é aquela com idade a partir de 60 anos (RODRIGUES et al., 2007).

Nesse sentido, no ano de 2003, a partir do crescimento acentuado de idosos no Brasil, foi criado o Estatuto do Idoso que enfatiza a garantia de assistência integral à saúde dessa população através do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, fomentando, dessa forma, a discussão sobre a atenção às condições de saúde dos idosos, assegurando-lhes acesso igualitário e universal, num contexto imbricado de serviços e ações visando à proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde (RODRIGUES et al., 2013).

Ampliando ainda mais esse debate, é promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, elucidando sobre o preconceito contra a velhice e o quanto este juntamente à negação da sociedade, colabora para a dificuldade de se pensarem políticas

específicas para esse grupo. Sugerindo, que deva ser um compromisso de todos os gestores em saúde, entender que, mesmo que sejam altos os custos com internações e tratamento prolongados, no caso de alguns idosos, nessas ações também se está investindo no envelhecimento (BRASIL, 2006).

De acordo com a legislação brasileira tem se firmado em relação aos cuidados da população idosa através de diversas portarias, leis e documentos, estando bastante adiantada; porém, na realidade a prática ainda é insatisfatória, pois se encontram inúmeras barreiras burocráticas e políticas que impedem o bom desenvolvimento das ações voltadas para os idosos, refletindo em dificuldades de acesso aos tratamentos médicos e serviços assistência.

8. QUALIDADE DE VIDA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu Qualidade de Vida como "a percepção do indivíduo de 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" (OMS, 2005).

Qualidade de vida (QV) é uma medida de desfecho que tem sido entusiasticamente utilizada por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos. Não é um conceito novo, mas tem crescido sua importância por uma série de razões. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social. Recentemente tem sido reforçado o uso da qualidade de vida como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde (MINAYO, 2000).

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito.

De acordo com o autor Gonçalves e Vilarta (2004) Essa abordagem indica, num primeiro momento, para as expectativas de um sujeito ou de determinada sociedade em relação ao conforto e ao bem-estar. Isso depende das condições históricas, ambientais e socioculturais de determinado grupo, ou seja, o entendimento e a percepção sobre qualidade de vida, nessa perspectiva, são relativos e variáveis.

Não é possível existir um conceito único e definitivo sobre qualidade de vida, mas se pode estabelecer elementos para pensar nessa noção enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio. (BARBOSA, 1998).

Para pensar a qualidade de vida de maneira ampla e não fragmentada, é conveniente levar em conta que a maior mecanização no campo, sem uma política pública de readequação de mão de obra, ou mesmo políticas de manutenção de famílias de economia familiar, pode vir a gerar gargalos em outros índices da qualidade de vida, como concentração de renda. É conveniente considerar também que esses avanços seguem o desenvolvimento do capitalismo mundial, e não constituem, portanto, parte de

uma política pública integrada entre os diversos setores. É possível perguntar aqui até que ponto os índices refletem uma melhoria efetiva na qualidade de vida como afirmou Almeida (1998), ou se eles apenas apontam um padrão da lógica evolutiva do próprio sistema (MANTEGA, 1995).

A Política Nacional do idoso tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a QV “vívida”. Ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (SEID, 2004).

9. QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE

A qualidade de vida e a satisfação na velhice têm sido relacionadas à díade dependência autonomia, levando-se em consideração os efeitos da idade. Há pessoas que apresentam declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precocemente, enquanto outras vivem saudáveis até idades muito avançadas (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Dentro da literatura nacional encontra-se que o termo “qualidade de vida” é um tema abrangente, que envolve múltiplas definições, as quais enfatizam a ideia de bem-estar físico, emocional, social, econômico, satisfação com a própria vida e, ainda, boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e crescimento individual, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades (CAMPOS, 2007).

A subjetividade de qualidade de vida relaciona-se à percepção pessoal sobre a vida, enquanto a bipolaridade refere-se aos elementos positivos e negativos vinculados ao construto. O caráter multidimensional, por sua vez, relaciona-se aos diferentes domínios envolvidos, tais como o físico, o psicológico, o social, o meio ambiente (ABREU, 2006; CHACHAMOVICH, 2005).

Estudiosos da área da geriatria passaram a demonstrar a necessidade de determinar o conceito de qualidade de vida em idosos e identificar quais fatores influenciam na qualidade de vida dessa população (CHACHAMOVICH, 2005).

À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (OMS, 2005). A velhice possui diversas faces, sobretudo numa sociedade como a brasileira, marcada pela desigualdade social, onde há uma exorbitante concentração de renda e conseqüentemente uma alta taxa de pobreza (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

O crescimento dessa população vem ocorrendo de forma muito acelerada e em condições socioeconômicas e culturais desfavoráveis que trazem impactos negativos para a qualidade de vida do indivíduo idoso, para a família e para o Sistema Único de Saúde (SUS). (ALMEIDA, PEREIRA e SAFONS; 2009).

De acordo com Santos (2008), para se desenvolver uma boa qualidade de vida é necessária à promoção de saúde através de atividades moderadas e/ou adequadas, uma boa preparação e conscientização dos processos fisiológicos enfrentados, manutenção

de hábitos saudáveis, desenvolvimento de um estilo de vida ativa e positiva, entre outros.

O processo de envelhecimento de qualquer pessoa é sempre diferente, sua condição de vida, os valores da sociedade, as expectativas dos indivíduos, as soluções possíveis, tudo muda com o passar do tempo. Além disso, para cada pessoa existe uma reação diferente e inúmeras possibilidades de resultado final, dependendo dos determinantes do envelhecimento. “Alguns determinantes são imutáveis como raça, sexo, ambiente social e familiar onde se nasce, enquanto outros são amplamente modificáveis, como hábitos e estilos de vida, maneira de encarar a vida e meio ambiente” (PASCHOAL, 2006, p. 331).

Park (2003) salienta que a longevidade envolve Geriatrias, Gerontólogos, medicamentos, complementos alimentares, drogas para retardar o envelhecimento, exercícios e lazer, mas cita o outro enfoque na função social que provoca discussões sobre o papel do velho em uma sociedade produtiva, estar e sentir-se inserido significa estar produzindo e ter objetivos de vida.

No âmbito da terceira idade qualidade de vida está intimamente relacionada à manutenção da autonomia nessa fase da vida. (OLIVEIRA, PIVOTO e VIANNA; 2009).

A avaliação da qualidade de vida em idosos sofre efeito de vários fatores, como preconceito dos profissionais e dos próprios idosos em relação à velhice. O idoso deve ter participação ativa no que é melhor e mais significativo para ele, pois a qualidade de vida é subjetiva e isto não é apenas uma questão metodológica, mas também ética (MAZO, 2008).

10. METODOLOGIA

10.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de inquérito transversal, com abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2008), o estudo descritivo tem por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos utilizando de métodos diversos, sua principal característica é a imparcialidade do pesquisador, ou seja, não há interferência sobre as respostas obtidas.

O estudo transversal consiste em apresentar-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem.

A pesquisa quantitativa tem seu foco voltado na objetividade, acredita que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, coletados com o apoio de instrumento padronizado e neutros. Como as amostras comumente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados demonstram um retrato real de toda população alvo da pesquisa (FONSECA E FARIAS, 2012).

10.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Municipal de Saúde - UMS, e uma Paróquia da igreja são Francisco, ambas situada na região periférica da cidade de Belém do Pará, que presta assistência a uma população cerca de 16.642 habitantes (IBGE,2017). O local é marcado por problemas sociais e urbanos. A UMS e uma unidade de referencia e oferecem atualmente os serviços multiprofissionais como clínica geral, pediatria, ginecologia, odontologia, psicologia, nutrição, vacina e assistência social, são realizadas cerca de 150 atendimentos diariamente para pacientes que residem no Curió - Utinga. A unidade além de seus atendimentos tem um projeto voltado para a prática das atividades físicas para idosos, é importante salientar que o projeto busca avaliar o estado de saúde do idoso a partir de uma perspectiva biológica, psíquica e social.

A prática das atividades ocorre uma vez por semana em uma praça ao lado da unidade, os mesmos são acompanhados por um profissional de saúde (nutricionista) e um educador físico.

O outro local alvo de nossa pesquisa foi o centro comunitário da Igreja São Francisco Xavier, o centro Faz a ponte entre a Família e a Comunidade e seu objetivo nesse aspecto é assegurar a dignidade e a valorização integral das pessoas idosas, respeitando seus direitos e deveres. Suas ações são voltadas especialmente para a pessoa idosa. A igreja atende cerca de 50 idosos mensalmente e todos são cadastrados como membros efetivos da paróquia eles realizam as atividades físicas duas vezes por semana e sempre são acompanhadas por um profissional físico e um nutricionista.

10.2.1 PERÍODO

A pesquisa foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2017. Devido os idosos estarem apenas uma vez da semana em suas atividades complementares.

10.3 OBJETO DE ESTUDO

A população estudada foram os idosos matriculados e participantes do Programa de Saúde do Idoso de uma Unidade Básica de Saúde e com os idosos participantes da paróquia São Francisco Xavier, localizadas ambas na cidade Belém-PA.

Nesta Unidade de Saúde possuem 60 idosos matriculados, porém somente 40 participantes ativos do programa sendo 30 do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

Os pesquisados da Paróquia São Francisco foram ao total de 15 idosos do sexo masculino. Onde totalizam 15 idosos do sexo feminino da unidade de saúde e 15 idosos do sexo masculino da paróquia São Francisco Xavier.

10.3.1- Critérios de Inclusão

Participarão desta pesquisa, idosos, a partir de 55 anos, do sexo masculino e feminino que estão ativos no Programa de Saúde do Idoso da Unidade em estudo, e que aceitem contribuir com este estudo.

10.3.2- Critérios de exclusão

Serão excluídos deste estudo, idosos que embora matriculados na Unidade de Saúde, não participa das atividades organizadas pelo programa saúde do idoso, ou que não aceitem participar das entrevistas.

11. TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para alcançar aos objetivos deste estudo, utilizaremos um instrumento para coleta dos dados O Questionário de Qualidade de Vida no Idoso - WHOQOL – OLD, WHOQOL-BREF, do qual adaptamos para o objetivo desta pesquisa. Este questionário consiste em 10 perguntas, autoaplicáveis, onde o pesquisador interferirá o mínimo possível, se limitando apenas a esclarecer eventuais dúvidas.

11.1- Questionário WHOQOL – OLD (ANEXO A)

O WHOQOL-SRPB é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar de que forma espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB, sigla em inglês) estão relacionadas à qualidade de vida (QV) na saúde e na assistência à saúde. Recentemente, Moreira-Almeida e Koenig (2006) questionaram vários aspectos relativos ao WHOQOL-SRPB entre eles a definição do construto utilizado no instrumento, bem como o fato de suas facetas serem muito amplas para serem consideradas espiritualidade e religiosidade (FLECK et al.,2000).

11.2. TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi dividida em quatro etapas que teve como intuito avaliar a qualidade de vida do idoso. Dessa forma, os dados foram coletados através de uma entrevista com os participantes do programa da saúde do idoso onde os mesmo se reúnem em uma praça ao lado da unidade para a prática de exercícios físicos. Os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Excel e a análise foi dada com base na estatística descritiva.

A pesquisa descritiva visa a identificação, registro e análise das características, fatores ou viáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, e realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação do efeito resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO, 2014).

11.3 - ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto será submetido à análise do comitê de ética da UNIP, de acordo com as diretrizes da resolução 466/12 que trata das pesquisas envolvendo os seres humanos. Esta resolução determina a ética da pesquisa que implica em consentimento livre e esclarecido, ponderação entre risco e benefício, garantia de danos previsíveis serão evitadas, relevância social e vantagens significativas para os sujeitos de pesquisa. Com base nesta resolução, no que tange a busca de consentimento dos sujeitos envolvidos, será esclarecido aos idosos que sua participação não implicará em nenhuma maleficência, procedimentos invasivos nem explicitação de sua identidade.

Também solicitaremos via ofício a autorização da Unidade de Saúde a ser pesquisada. Os idosos que aceitarem participar da pesquisa deverão assinar um termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE (APENDICE A)

11.4 - RISCOS E BENEFÍCIOS

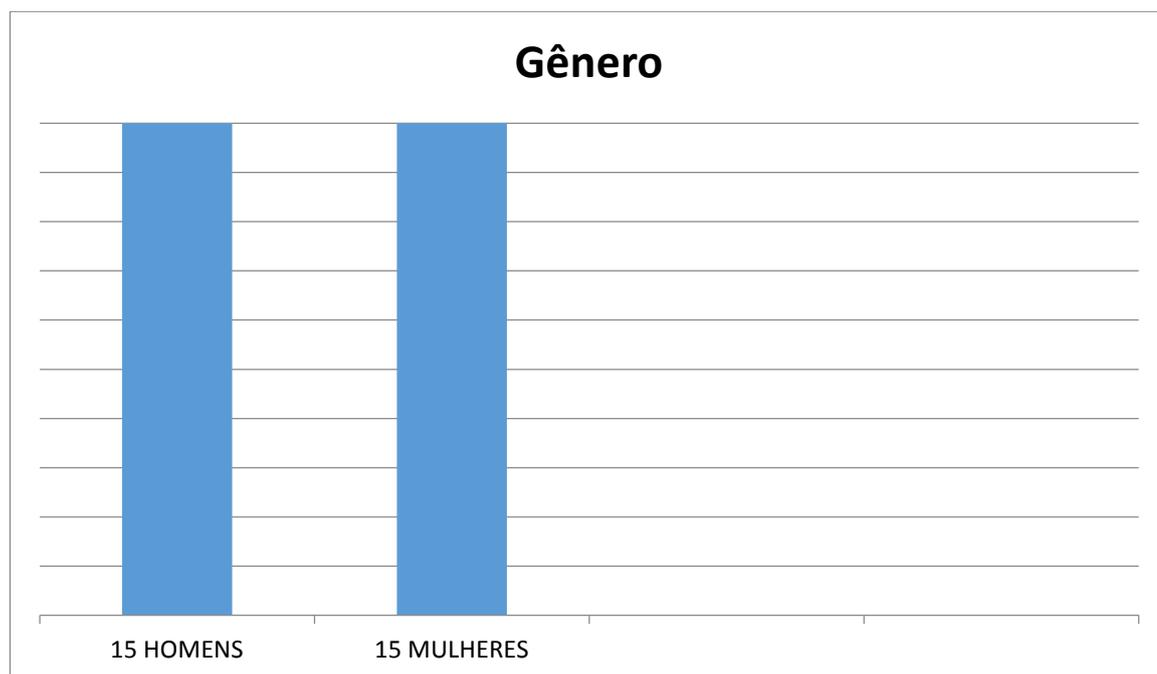
O risco mínimo para essa pesquisa está relacionado a quebra do sigilo do anonimato dos participantes.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa subsidiará a prática assistencial direcionada aos idosos participantes, uma vez que servirá de parâmetro para a avaliação e planejamento de ações de saúde.

12. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 30 questionários de cunho fechado, com pessoas dos gêneros do sexo masculino e feminino relacionada a pesquisa de qualidade de vida contendo dados como nome, sexo e idade fez parte do questionário da pesquisa sócio econômico do idoso.

Gráfico 1: Relação percentual de gêneros de idosos.



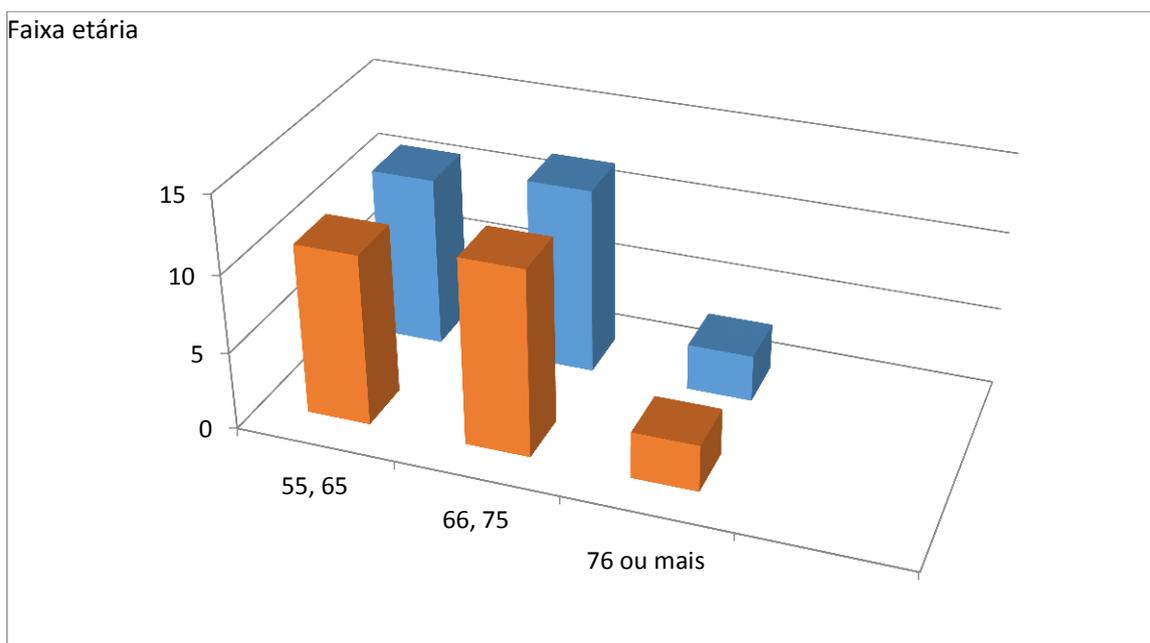
FONTE: coleta de dados desta pesquisa

A pesquisa iniciou-se com os idosos da unidade de saúde em estudo. Ao observamos que os entrevistados eram somente do gênero feminino, no intuito de fazermos uma comparação de opiniões dos gêneros, buscamos o espaço da paróquia São Francisco Xavier para se obter a opinião do gênero masculino. Nesse espaço são realizadas atividades voltadas ao lazer, à cultura e a atividades físicas. A falta da presença dos homens da terceira idade na unidade de saúde nos levou a refletir sobre como eles deixam de realizar o acompanhamento médico e sentem mais prazer em outras atividades como aquelas que são desenvolvidas na paróquia.

Então, nossa análise foi realizada com 15 mulheres na unidade de saúde e 15 homens que desempenhavam atividades na paróquia. Sendo assim, os parâmetros dos entrevistados foram de 50% para cada gênero, com um resultado de 30 entrevistados.

Os padrões de procura e de uso dos serviços de saúde entre os idosos são determinados por diversos fatores que afetam diferenciadamente homens e mulheres. Há evidências de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de condições crônicas de doenças, o que acarreta um declínio funcional mais acentuado (WHO,1998; BARRETO et al; 2004). Além dos fatores comportamentais, que indicam uma maior

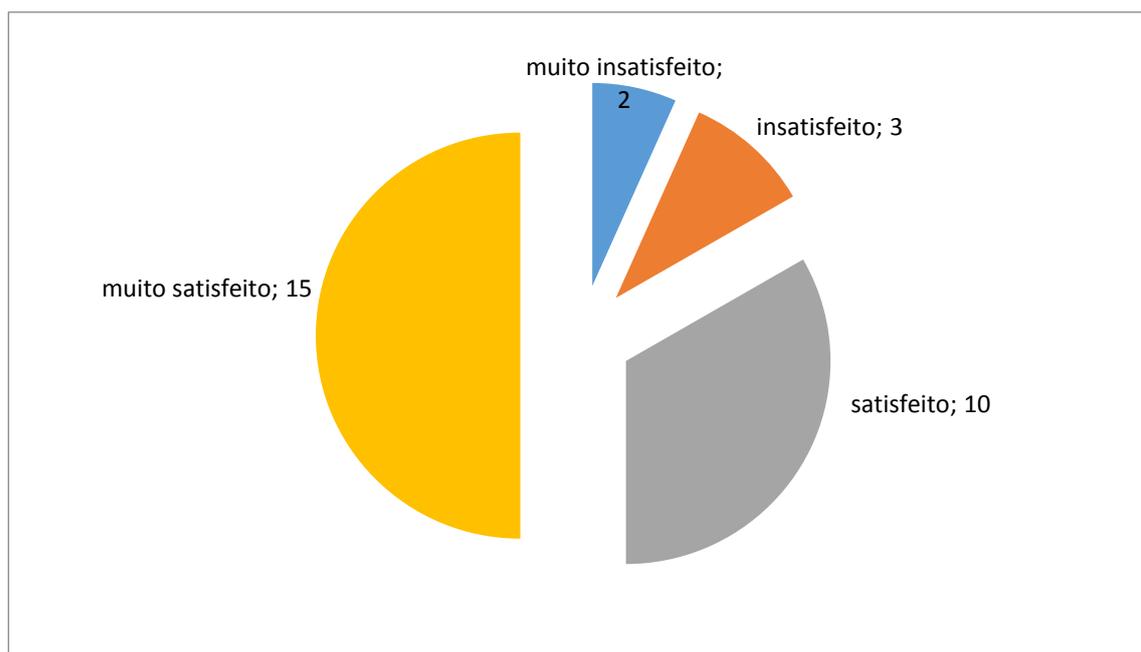
procura das mulheres por serviços de saúde do que os homens, as condições socioeconômicas também desempenham um papel importante neste processo.

Gráfico 2: Faixa etária

FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Ao observar os parâmetros do fator idade, observou-se que 88% dos idosos que tem entre 55 e 75 anos tem uma vida mais ativa. Realizam suas atividades do dia a dia, alguns realizam o acompanhamento médico constante, outros realizam atividades físicas, culturais e de lazer. Apenas 12% dos entrevistados, com 76 anos ou mais, têm uma vida menos ativa na realização de suas atividades, devido as suas condições de saúde e dificuldade de locomoção. No entanto os paroquianos tendem mais momento de recreação por eles se sentirem mais a vontade na paróquia, eles pouco se habilitam a ir a uma unidade de saúde.

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa vem ocorrendo de forma muito rápida e progressiva, sem a correspondente modificação nas condições de vida (Cervato, Derntl, Iatorre & Marucci, 2005).

Gráfico 3: Relação idoso x religião

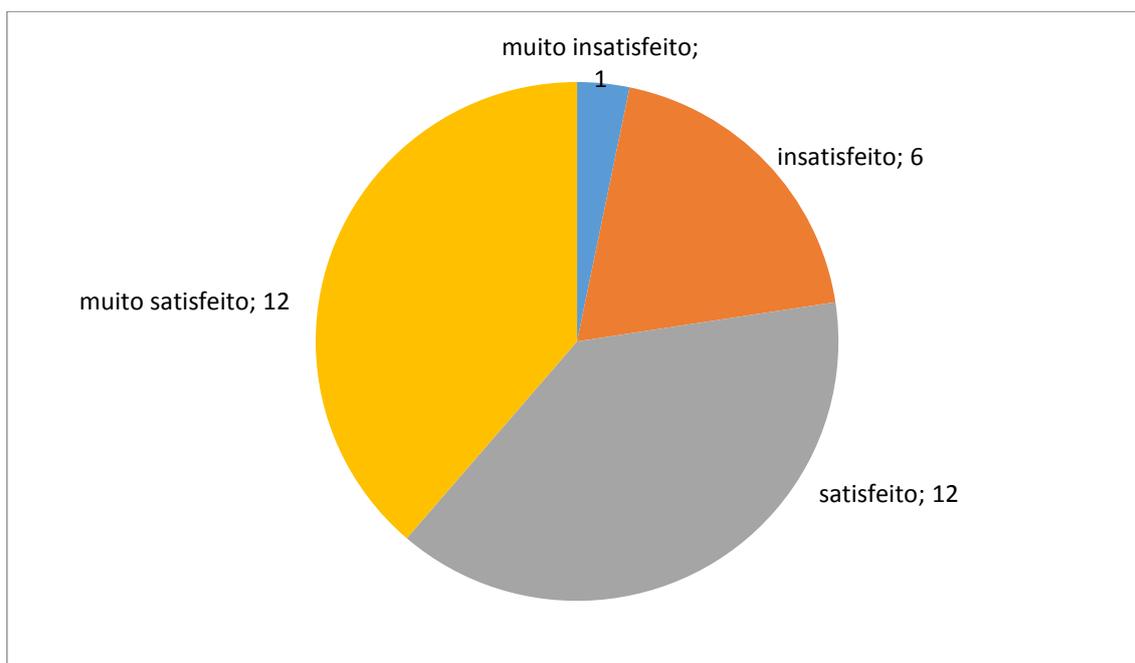
FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Na análise do gráfico podemos observar que 83% dos entrevistados estão satisfeitos em relação a sua religião, pois afirmaram que através da fé e da oração suas dificuldades são mais toleráveis. Afirmaram também que a vida não tem sentido se não tiverem frequentando a casa de Deus. No entanto, o nível de insatisfação se dá devido à discordância da doutrina utilizada pela igreja frequentada.

A paróquia propicia o encontro a esses idosos através das atividades do dia a dia da igreja. Assim sendo, muito deles passam a frequentar as atividades religiosas neste local que é considerado de extrema importância para aqueles idosos. Reflete principalmente em sua qualidade de vida, tendo mais satisfação e prazer de realizar suas atividades diárias, bem como a vontade de se viver melhor.

Segundo WITTER (2006), acreditam-se que a religiosidade/espiritualidade ameniza o impacto negativo de certos acontecimentos e facilita a aceitação de perdas ligadas ao processo de envelhecimento. Além disso, ela oferece instrumentos para o enfrentamento de situações estressantes, muito frequente nessa fase da vida como a perda de pessoas queridas e de papéis sociais.

Gráfico 4: Nível de satisfação dos idosos em relação a sua saúde.



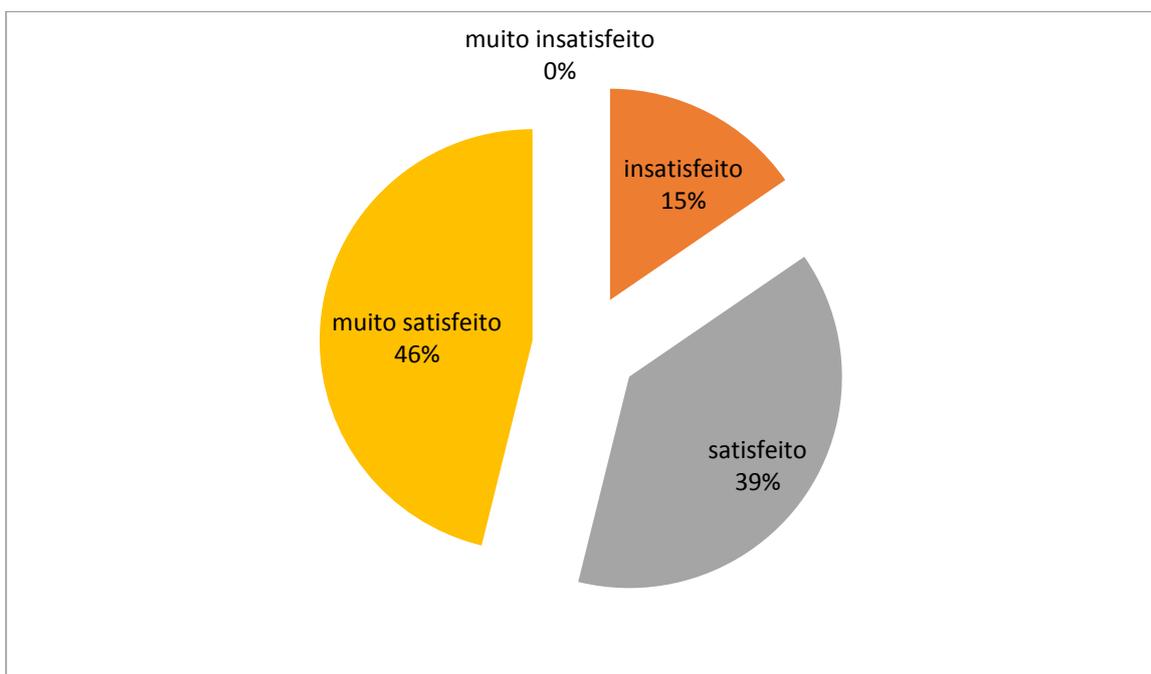
FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Através da análise do gráfico percebe-se que o nível de satisfação é superior ao nível de insatisfação. No diálogo com os entrevistados percebeu-se que esse nível de satisfação está relacionado a uma série de fatores, tais como: uma boa aposentadoria que lhes permite a custear outras atividades físicas e culturais que lhes oportunizarão uma qualidade de vida melhor.

Percebeu-se que o nível insatisfação se dá devido às patologias que esses idosos adquiriram ao longo da vida, os privando de executar suas atividades. Está relacionada também a falta de recurso é um fator importante, como ajuda dos familiares e até mesmo de vizinhos, muitas das vezes o idoso espera pelo menos uma atenção ou até mesmo o reconhecimento dos próprios filhos.

Nessa perspectiva, RODRIGUES E TERRA (2006), nos remetem ao conceito da Organização Mundial da Saúde, a qual descreve o envelhecimento saudável como sendo multidimensional. Assim o faz, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, emocionais, sociais, econômicos, ambientais, espirituais, as relações do idoso com a família e a sociedade no seu passado, no seu presente e em suas perspectivas.

Gráfico 5: Nível de satisfação ao desempenhar suas atividades do dia-a-dia.



FONTE: coleta de dados desta pesquisa

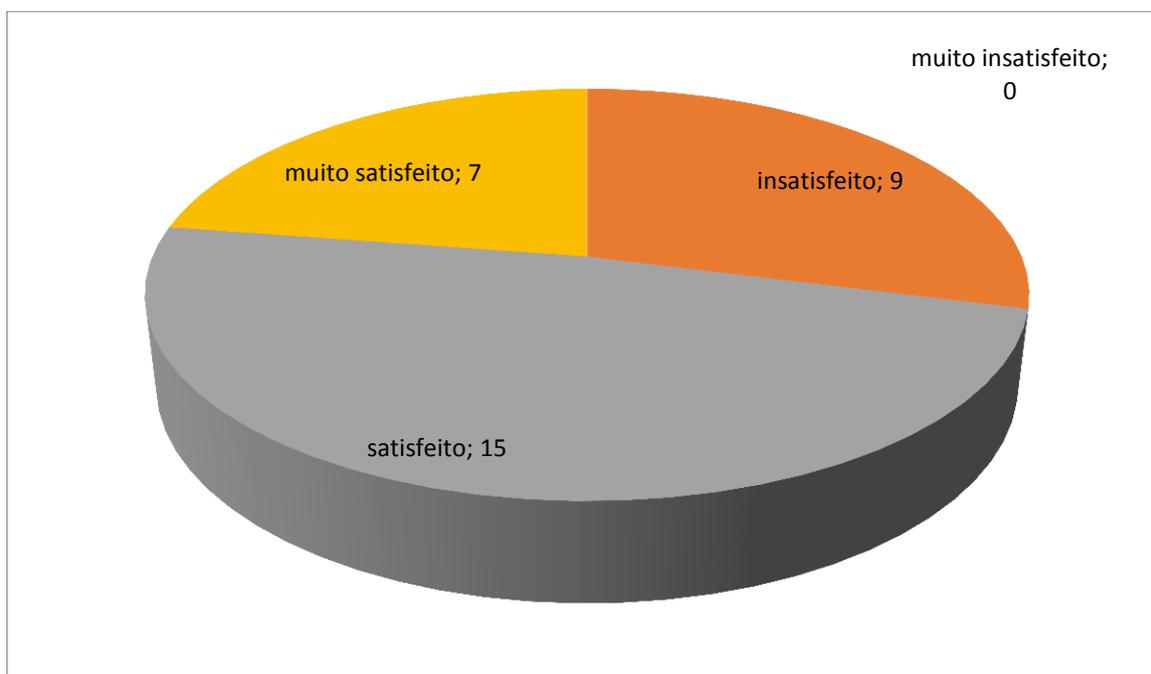
O gráfico nos leva a refletir que 90% dos entrevistados estão satisfeitos em executar suas tarefas do dia a dia. Os idosos afirmaram que se sentem felizes em desenvolver suas atividades domésticas, principalmente as externas que lhes possibilita em movimentar o corpo, tais como: ir à feira, ao supermercado, ao posto médico e viagens para suas cidades natais, onde reencontram familiares e amigos. Outro fator que lhes deixam satisfeitos é a capacidade ainda de poder praticar algumas atividades físicas. O fato disto ser possível permiti-lhes uma auto estima mais elevada por se sentirem válidos e independentes.

No entanto, 15% dos demais pesquisados afirmaram não poder desenvolver de modo satisfatório suas atividades do dia a dia devido algumas limitações físicas e psicológicas. Esses 15% precisam da ajuda de terceiros para lhes auxiliarem nessas tarefas, alguns ainda precisam da ajuda de outras pessoas para se locomoverem e muito deles sentem-se tristes por se tornarem dependentes e isso influencia diretamente em sua auto estima.

VITTA (2000), afirma que idosos ativos são mais independentes, autônomos e saudáveis e que boas condições de saúde física têm um efeito direto e significativo sobre a diminuição da angústia e estão relacionados a altos níveis de integração social e

autoestima. Saúde física e psicológica determina a ocorrência de uma boa qualidade de vida na velhice, segundo o autor.

Gráfico 6: Nível de satisfação do idoso quanto forma que utiliza seu tempo.

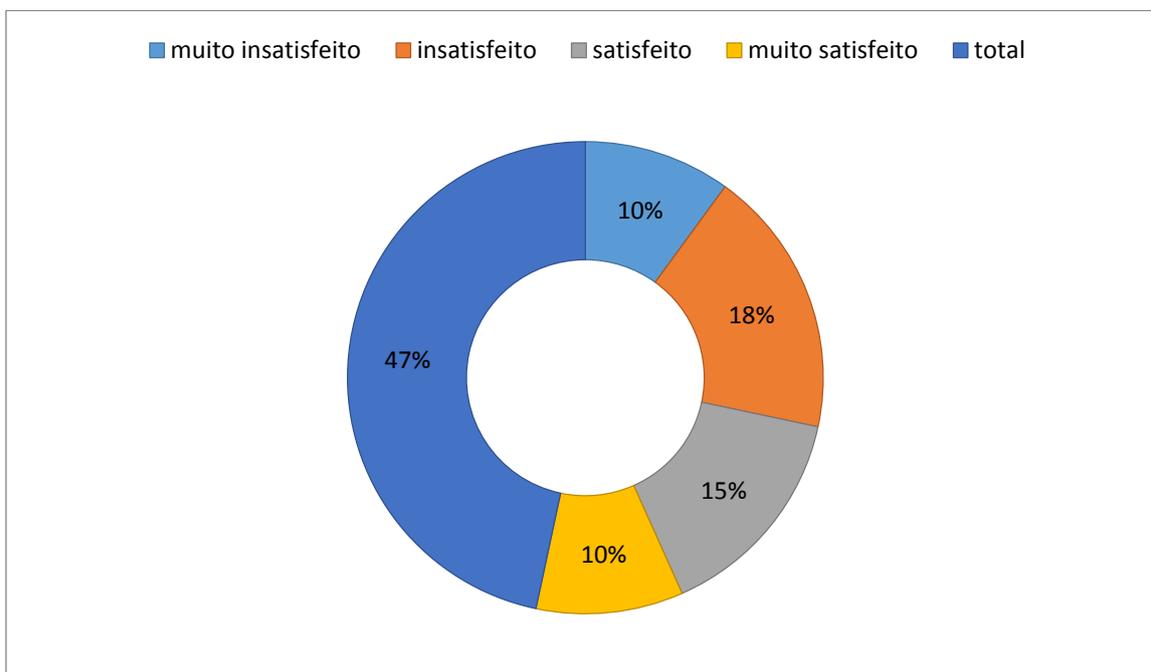


FONTE: coleta de dados desta pesquisa

É importante ressaltar que 22 dos entrevistados são aposentados e utilizam seu tempo nos afazeres domésticos, nas atividades de lazer que desenvolvem durante o dia, nas atividades culturais como dança, aeróbica, hidroginástica, natação, teatro, jogos de xadrez, dominó, entre outras atividades.

Percebeu-se que os idosos se sentem satisfeitos em utilizar seu tempo na melhor forma possível para se sentirem úteis, capazes de realizar suas atividades sem ajuda de terceiros. Isso trás satisfação e prazer no decorrer de todas as suas atividades.

Corroborando com o estudo realizado por FLECK ET ALL (2003), os idosos quando questionados sobre aproveitar seu tempo livre, responderam que o fazem com a realização de atividades úteis e prazerosas.

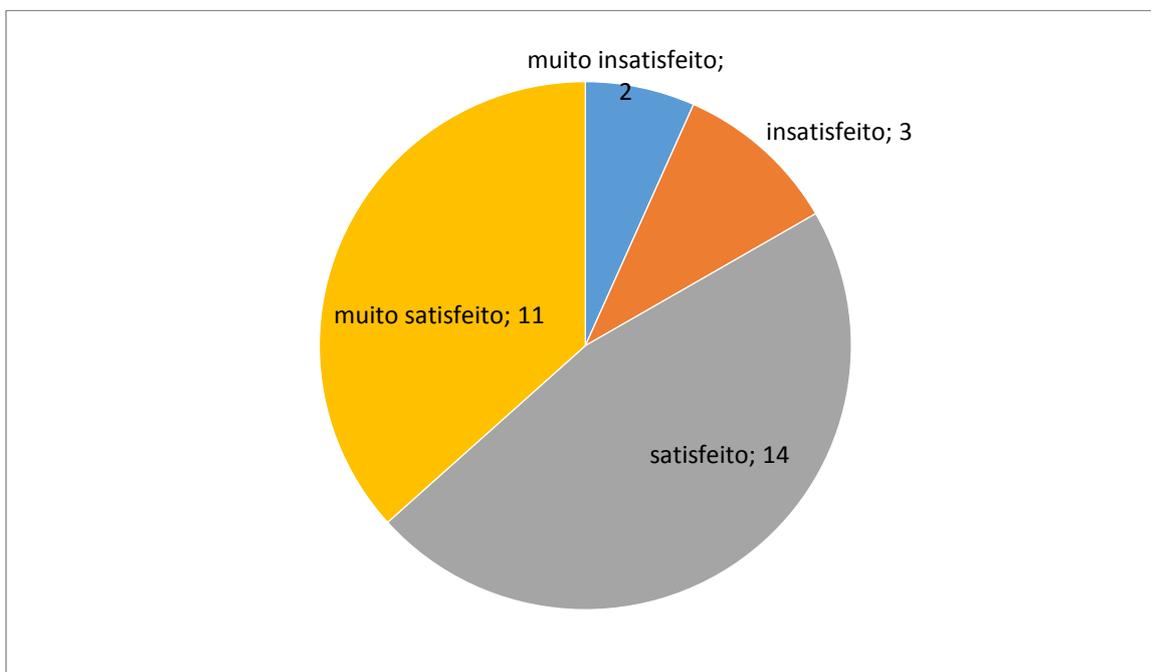
Gráfico 7: Satisfação do atendimento no local onde mora

FONTE: coleta de dados desta pesquisa

De acordo com os dados analisados observou-se que 55% dos idosos que procuram atendimento nas unidades estão insatisfeitos devido ao mau atendimento dos profissionais de saúde. Relataram que quando há uma urgência de atendimento não são atendidos imediatamente, tendo que esperar por horas e até dias para realizar os exames pelo Sistema Único de Saúde recebem orientações insatisfatórias sobre a patologia e o tratamento além das insatisfações na distribuição de medicamentos, realizações de procedimentos como curativos marcação de exames clínicos e outros procedimentos realizados na unidade.

Já os 47% dos entrevistados alegaram estar bem assistido pela equipe de saúde, devido não se encontrar com uma urgência no atendimento.

Faz-se necessário reconhecer nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal, a fim de conquistar a integralidade e a equidade da assistência nos serviços de saúde no setor público (Leite, Lobo, Lima, & Mengarda, 2010). No idoso, esta etapa torna-se crucial, com o intuito de amenizar seus anseios e solucionar possíveis problemas de caráter psicossocial (Oliveira, & Djalma, 2008)

Gráfico 8 : Você está satisfeito com o lazer em sua comunidade.

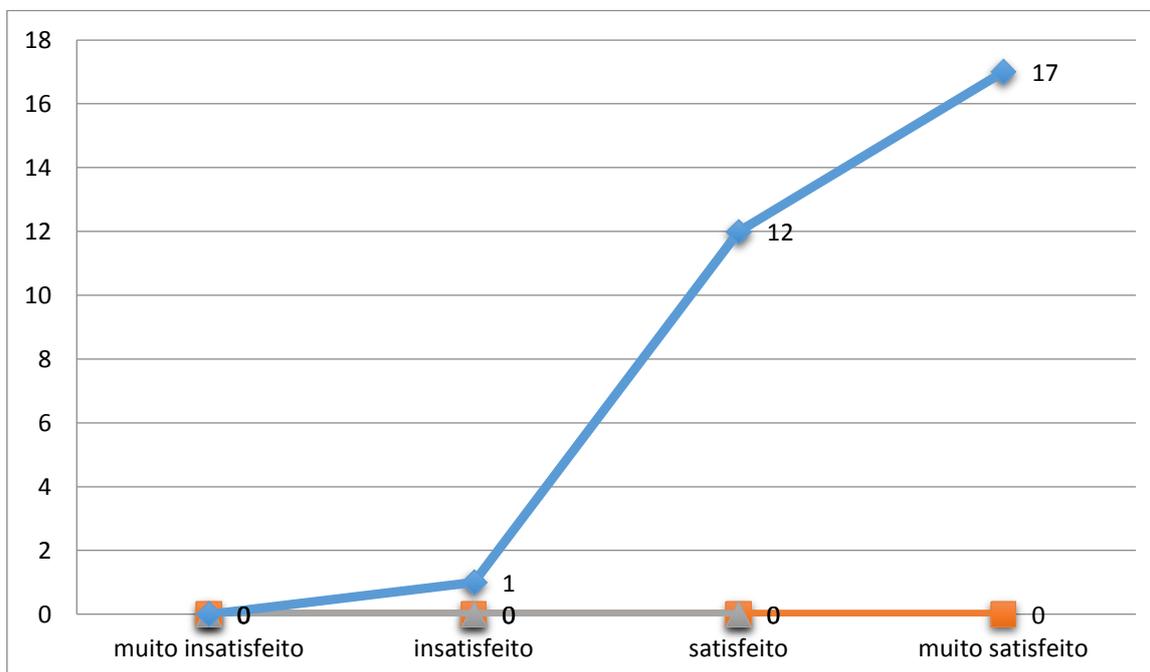
FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Foi possível observar que os idosos, apesar da realidade que o país vive os idosos estão satisfeito com os serviços de sua comunidade principalmente nos centros em que frequenta. Observou-se que devido à despreocupação com o tempo, os idosos se tornam mais tolerantes com os problemas da comunidade. Observou se que 83% o nível de satisfação e bastante visível já que os idosos da pesquisa desenvolvem alguma pratica relacionada ao lazer como as atividades físicas e recreativas nos centros em que frequentam. O lazer tem um papel l importante, proporcionando que os idosos tenham uma vida mais descontraída, com mais socialização, e assim eles têm a oportunidade de interagir com outras pessoas.

Para 17% afirmaram que e preciso construir melhores espaços públicos e melhorar os equipamentos para a realização das atividades físicas, assim proporcionando uma infraestrutura adequada para o público alvo, e proporcionar a sensibilidade ao lazer.

De acordo com Marcelino (2008) o lazer deve ser levado em conta, por ter um duplo aspecto educativo, como forma de desenvolvimento pessoal e social, além do descanso e divertimento, de forma que se tenham mais ações em relação as políticas de

lazer, ou seja, tentar observar as relações entre estes e a Educação, Saúde, e a Promoção Social.

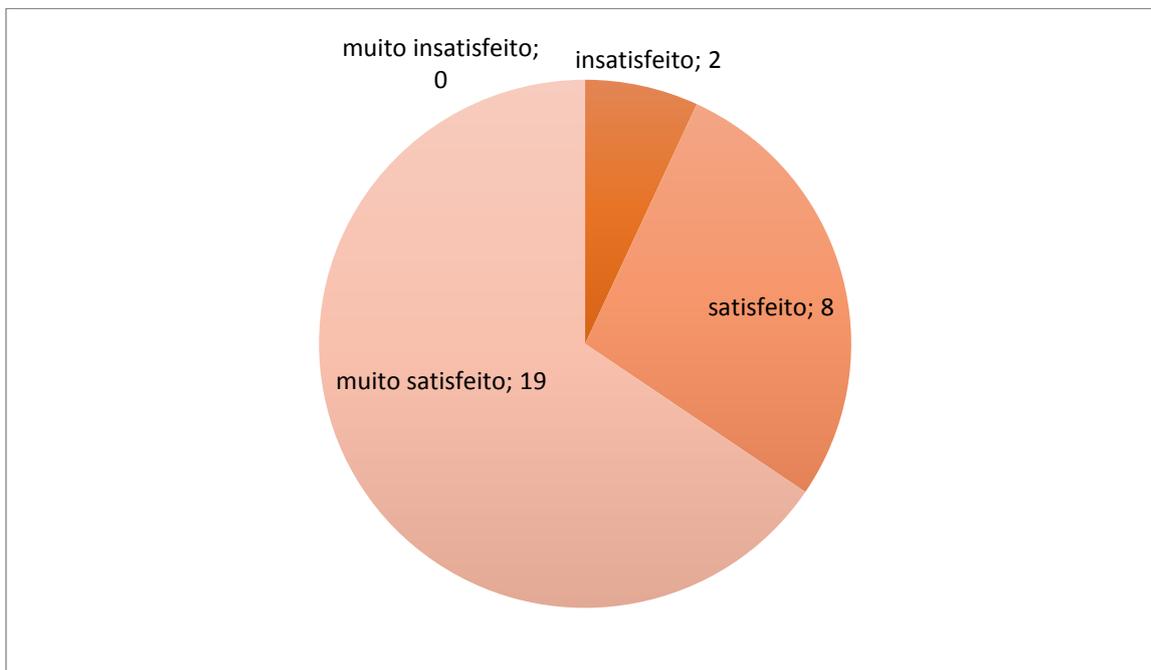
Gráfico 9 : Como você se relaciona com sua família.

FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Podemos observar através dos dados que 99% dos entrevistados encontram se satisfeitos com o reconhecimento de seus familiares, os esforços durante o decorrer de sua vida, se reflete no agora podendo manter um padrão de moradia e como chefe de família e o mais importante, e que se sentem reconhecidos e respeitados independente de sua idade pelos mesmos.

Segundo as afirmações de (TEIXERAS, 2008) as relações familiares têm expressividade significativa no envelhecimento. A convivência da pessoa idosa com seus familiares favorece maior amparo de seus vínculos afetivos na manutenção das relações interpessoais.

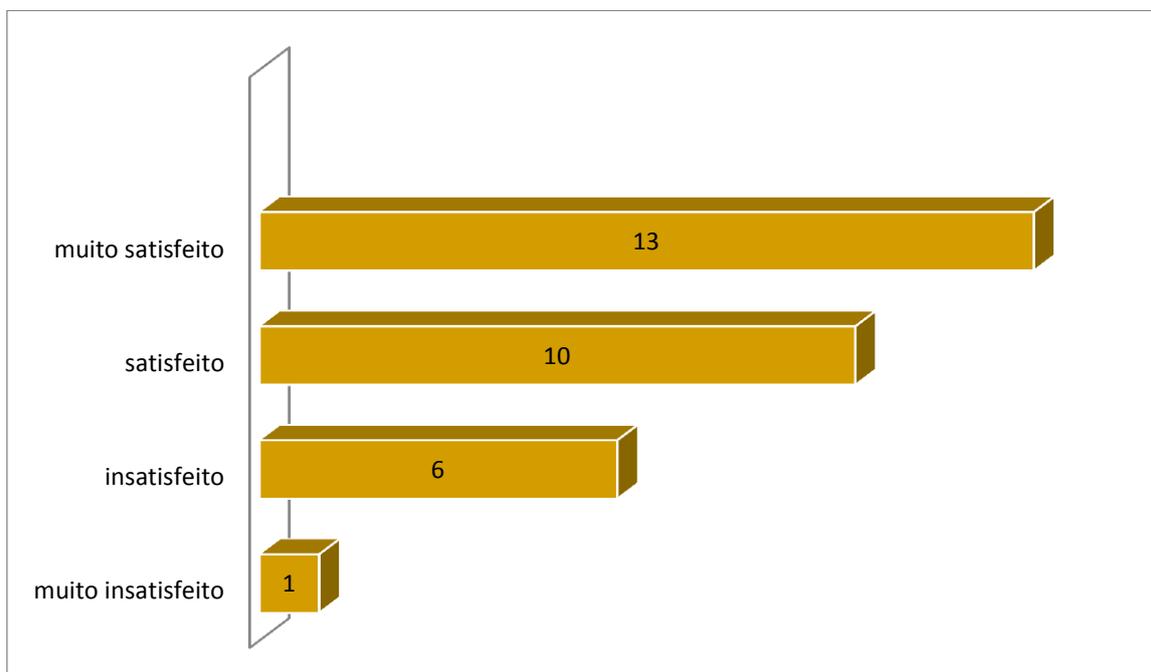
Gráfico 10: você está satisfeito com sua espiritualidade.



FONTE: coleta de dados desta pesquisa

Na categoria espiritualidade, identificou-se que a fé é como um benefício, uma vez que ela se manifesta de diversas maneiras e pode estar relacionada a questões emocionais como reconforto em situações de aflição, observou que 2 dos entrevistados não souberam responder a diferença de espiritualidade ou religiosidade, porém é possível dizer que a espiritualidade não tem relação com nenhuma doutrina específica, mas esta relacionada diretamente com a Fé.

Sobre a importância da espiritualidade na vida dos idosos, Born (2008, p.46) afirma que o ser humano tem “duas grandes áreas na vida, a material (carnal) e a espiritual [...]” e que, com o passar dos anos, “o espiritual se aprimora”. Alves (2006, p.50) reafirma que “a espiritualidade nos idosos pode ajudar a vencer os medos. [...] É dessa forma que se encontra um sentido da vida, um motivo ou meta para viver e continuar sendo o que sempre foi”.

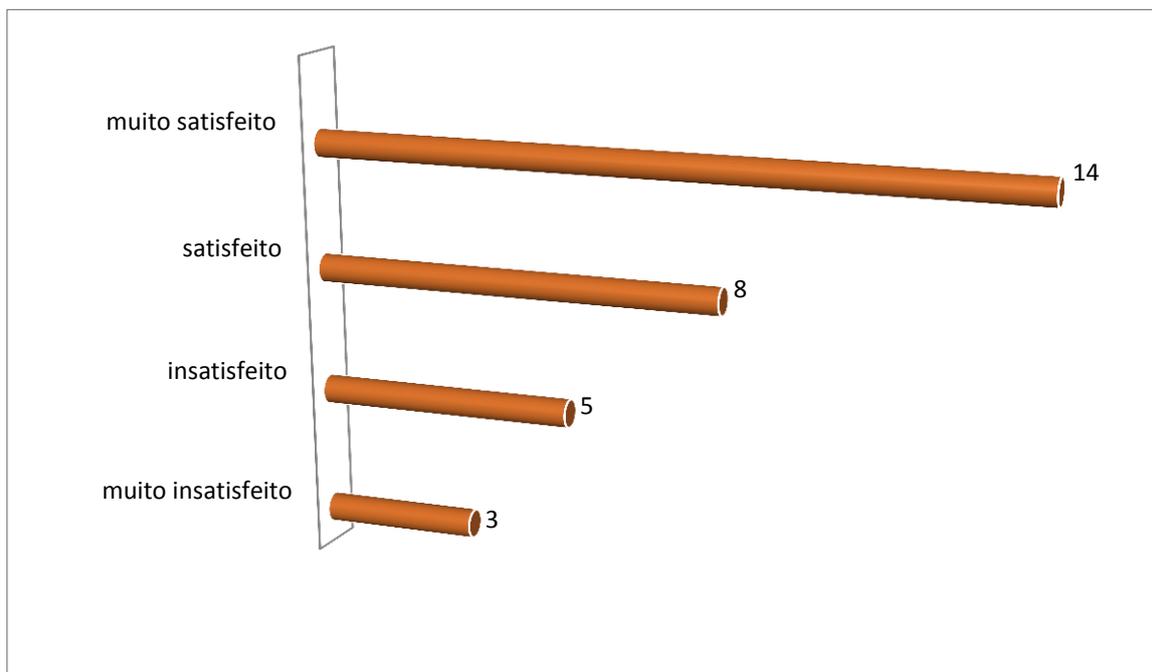
Gráfico 11 : Nível de reconhecimento do idoso com a sua família

FONTE: coleta de dados desta pesquisa

O relato dos idosos nos mostrou de acordo com o gráfico, que no transcorrer de sua trajetória de vida, até a sua idade atual, vivenciaram inúmeras satisfações, principalmente no mercado de trabalho, enquanto pai, mãe ou chefe da família, e que o reconhecimento do mesmo é fundamental para a sua qualidade de vida. Porém, com o passar dos anos, para uma parcela pequena da pesquisa estes papéis se perderam ou muito pouco tiveram o reconhecimento que gostariam.

A partir de uma nova visão, fixada na autonomia, atividade e na plena participação das pessoas idosas, tal conceito permite a configuração de uma imagem positiva do idoso, que se contrapõe à visão tradicional que naturaliza a relação entre envelhecimento e apatia, decadência, isolamento ou doença (BATISTA, 2008).

Gráfico 12: Nível de satisfação do idoso com tudo que conquistou no decorrer de sua vida.



FONTE: coleta de dados desta pesquisa

O grau de satisfação foi de 22 idosos, onde afirmaram que todas as suas conquistas na vida profissional e familiar se deu a muitos esforços e dedicação ao longo da vida. Afirmaram que cuidaram muito do corpo para poder aguentar os esforços físicos e a mente, pela paciência de saber esperar, e só assim poder conquistar seus objetivos. Afirmam também que se hoje eles vivem bem e porque eles lutaram muito no passado para chegar até aqui, muitos deles afirmaram ter passados momentos bons onde existiam também momentos ruins, onde eles tiveram que enfrentar muitas barreiras e obstáculos.

Sobretudo o prazer sobre as suas conquistas é inevitável, pois se sentem muito bem por tudo que conquistou família, emprego, lazer. E a vontade de viver vem como principal motivo de felicidade e força de lutar cada vez mais por ter as pessoas que ama ao seu redor e fazer tudo que lhe faz bem.

Segundo Geis (2003), deve-se tentar manter a autonomia física e mental do indivíduo por um período prolongado de tempo, conservando, assim, sua saúde e suas condições físicas e psíquicas.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que estamos passando por uma significativa mudança demográfica. A população idosa brasileira chegará ao ano de 2020 com mais de 26,3 milhões, representando quase 12,9% da população total. E claro que essas mudanças se devem a vários fatores como os avanços na área da saúde, educação, tecnologia, farmacologia e política públicas e devido a isso o índice de sobrevivência e longevidade está aumentando. Falar de qualidade de vida é muito subjetivo, no entanto é necessário saber que não existe qualidade de vida sem determinados fatores como, autoestima, bem-estar pessoal, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividades físicas e principalmente a autonomia.

Mediante a relevância do tema, concluímos através dos questionários aplicados aos idosos com a faixa etária de 55 a 87 anos que, hoje os idosos vem tendo uma visão bem melhor sobre qualidade de vida, nos mostraram que há uma necessidade de se manter ativos na sociedade e na família, isso faz com que eles venham procurar cada vez mais meios para que isso aconteça como a prática de atividades físicas e de lazer, os relatos nos mostraram que a família é um fator importante, é muito bem sinalizado pelos idosos a sua relação com a religiosidade, fator esse que eles buscam o apoio para o enfrentamento de seus medos e dificuldades do dia a dia e para melhor enfrentamento da chegada da morte.

Constatamos que 90% dos entrevistados sentem se ativos e satisfeitos com a sua qualidade de vida, independente de algumas limitações e frustrações expressada nitidamente nos seus olhares já que a idade é um fator propício para determinadas patologias físicas e psicológicas. Para eles exercer sozinho suas tarefas corriqueiras do dia a dia é uma vitória, é uma conquista para si mesmo, sente-se satisfeitos de poder praticar suas atividades físicas e estar no meio social e prazeroso fazendo com que se sintam felizes. É importante salientar que todos os entrevistados mantêm um padrão de atividades físicas, lazer e culturais, que são realizadas regularmente, todos são envolvidos com as atividades da comunidade, no entanto sentimos que há uma grande evasão do público masculino nos serviços de saúde, eles são mais voltado para as atividades de lazer.

A pesquisa com os idosos teve suas dificuldades sim, dificuldade de interpretação até de aceitação mais, no entanto ele nos mostrou que quando nos referimos a melhor idade, é não contar somente o tempo que se vive de forma cronológica, e sim como se vive, é

descobrir os encantos e desencantos da vida, é ser a fortaleza do tempo e proporcionar felicidade e sabedoria a todos.

REFERÊNCIAS

ABREU, N.S. Qualidade de vida na perspectiva de idosas submetidas à fisioterapia para incontinência urinária. Dissertação mestrado em ciências da reabilitação, UFMG. 2006. 64p.

AGUSTINI, Fernando Coruja. Introdução ao direito do idoso. Florianópolis (SC): Fundação Boiteux; 2003.

ALMEIDA, E. P.; PEREIRA, M. M.; SAFONS, M. P. Efeitos de um programa de dança terapêutica sobre a memória de idosos. Revista Digital - Buenos Aires - Ano 14 - Nº 139, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 01/05/2017.

ALVES, V.P. (2006). A religião e os idosos. In: Faleiros, V.P., & Loureiro, A.M.L. (Orgs.). Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz, 50-52. Brasília (DF): Universa.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14724: Informação e documentação. Trabalhos Acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BARBOSA, Ana Luiza Ribeiro. Avaliação da Qualidade de vida de pessoas idosas/ Ana Luiza Ribeiro Barbosa. -2013. 90f.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas (org.). A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.

BATISTA, A. S. et al. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS/SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28)

BARRETO SM, Giatli, Kalache A... Gender inequalities in health among Brazilian older adults. Pan American J Pub Health 2004, vol16;numb2, pages110-117.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2006). Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF).

BRAGA, C; LAUTERT, Caracterização Sociodemográfico dos idosos de uma comunidade de porto alegre, Brasil. Revista Gaucha Enfermagem, Porto Alegre , v.25,n.1,2004

BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990

BORN, T. (Org.). (2008). Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

COSTA, Elizabeth M. Sene. Gerontograma: a velhice em cena – estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo: Agora, 1998.

CHACHAMOVICH, E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo whoqol-old e teste de desempenho do instrumento whoqol-bref em uma amostra de idosos brasileiros. Dissertação Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. 2005. 154p.

DEBERT, G. G. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

DUARTE, Luzia Travassos. Envelhecimento: processo biopsicossocial. (Monografia) 2008. Disponível em: www.psyconet.com/tiempo/monografias/brasil. Acesso em 16 de Abril de 2017.

FARIELO, Danilo; VIEIRA Catherine. A vida começa aos 60. Valor Online, São Paulo, 20 de julho de 2007. Disponível em: www.valoronline.com.br/valoreconomico/285/euefimdesemana/cultura.html. Acessado em: 19 de março de 2009

FURTADO L.F.V., Araújo, P.M., Soares, F.V.S., Brito, V.M., Sousa, L.G., Melo, A.C.L., Yoshioka, F.K.N., Araújo, L.F. & Melo, A.C.F.L. (2012). Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. Revista Kairós Gerontologia, 15(2), 55-69. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

FONTAINE, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa, Climepsi Editores.

FLECK, M.P.; Skevington, S. / Ver. Psiq. Clín. 34, supl1; 146- 149, 2007. Disponível em <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>

GEIS, P.P. (2003). Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática. (5ª ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004, p.25

GUCCIONE, A.A. (2002). Fisioterapia geriátrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

HADDAD N. Metodologia de estudos em ciências da saúde 1st ed. São Paulo: Roca; 2004.

HADDAD, E. G. de M. O direito à velhice: os aposentados e a previdência social. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2001.

<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520/10908>

<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520/10908>

<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/9520/10908>

<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/30803/21313>

IBGE -Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Preocupação futura. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/data/idoso/preocupação_futura>.Acesso em 01 abril 2017

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira - 2010. Rio de Janeiro (RJ): IBGE

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento: O Projeto SABE no município de São Paulo, uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, 255p.

MATSUDO, S.M.M. (2001). Envelhecimento e atividade física. Londrina (PR): Midiograf

MAZO, G.Z. Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MANTEGA, Guido. Marxismo na economia brasileira. In: MORAES, J. (Org.). Historia do marxismo no Brasil II: Os influxos teóricos. Campinas: Editora da Unicamp, 1995.

MAZZUCCO, Geórgia Damiani. O trabalho grupal desenvolvido com mulheres idosas e viúvas do SESC. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social 1995.

www.revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/download/245/246

MESSY, Jack. A pessoa idosa não existe. Uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):7-18.

MOURA, E.P.M., Silva, L.W.S. & Marques, C.L. (2011). Envelhecimento e políticas públicas de saúde: considerações reflexivas. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(3), 185-204. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

NAHAS, M.V. (2003). Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina (PR): Midiograf.

NERI, Anita Liberalesso. Palavras chaves em gerontologia. Campinas: Alínea, 2001.

NERI, A. L., (2001). Velhice e qualidade de vida. Em Neri, A. L. (Org.) *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas*. Campinas, SP: Papirus.

Neto, T (2005). Relação entre alcance funcional e quedas no indivíduo muito idoso institucionalizado. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.cientifico.Ualntlantica.pt/bilstream10884/77/1/RelaçãoAlcanceFuncionalQuedasNoIndividuoldosoInstitucionalizado.pdf>>. [Consultado em 15/05/2017].

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde [Manual]*. Tradução Gontijo, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal de Direitos Humanos. 1948. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.

PASCHOAL, S. M. P., *Epidemiologia do Envelhecimento*. Em Netto, M. P. (Org.) *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu. (2002).

PASCHOAL, S. M. P. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara. (2002).

PASCHOAL, S. M. P.. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. pg.79-84.

REZENDE, C. B. A velhice na família: estratégias de sobrevivência (2008). [Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”]. Serviço Social e Sociedade: Franca (SP), 2008.

RODRIGUES, R.A.P., Kusumota, L., Marques, S., Fabrício, S.C., Rosset-Cruz, C., Lange, I. (2007). Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da Enfermagem. Texto Contexto Enferm., 16(3), 536-545.

RODRIGUES, C.A.Q., Silva, P.L.V., Caldeira, A.P., Pordeus, I.A., Ferreira, R.C. & Martins, A.M.E.B.L. (2013). Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. Rev. Saúde Pública [online], s/v (aheadofprint).

RODRIGUES, N. C. PNI: Retrospectiva da Política Nacional do Idoso. Revés do Averso, 14, São Paulo: CEPE, 2005. p.84-90. In: LIMA, Cláudia Regina Vieira. Políticas públicas para idosos [manuscrito]: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. (Monografia), 2011.

SEIDL EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Públ. Mar./abr. 2004; 20(2): 580-8.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 22. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, L.W.S., SANTOS, R.G., SCQUARCINI, C.F.R., SOUZA, A.L., AZEVEDO, M.P. & BARBOSA, F.N.M. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa: perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. Revista Kairós Gerontologia, 14(3), 145-166. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

SIMÕES, J. A. O aposentado como ator político. Anpocs, GT. Cultura e Política, 1994. In: DEBERT, G. G. A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, FAPESP, 2004.

SOUZA, Daniela Pereira de Souza e. Prevenção e abordagem da fisioterapia na osteoporose. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida – Cabo Frio 2007.

TEIXEIRA- Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Lima RCM, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. CadSaude Publica 2004;20(4):905-14.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2008). Manual WHOQOL-OLD. Disponível em: <http://WWW.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

VERAS, R. (2007). Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad. Saúde Pública, 23(10), 2463-2466.

VERAS, R. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. Revista saúde Publica, São Paulo, v.43,n.3,2009

ZANELLA, L.K.H. Metodologia da pesquisa-Florianópolis: SEAD/UFSC, 2006.

ANEXO A - QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD**(adaptado)****I Dados Pessoais:****Nome:** _____**Idade:** _____ anos**Gênero:** M () F ()

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

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

1. Como você se vê em relação a sua religião

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

2. De um modo geral você está satisfeito com a sua saúde?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

3. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

4. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

5. Em relação ao atendimento na área de saúde, o Sr(a) estar satisfeito com o atendimento no local onde você mora?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

6. Você esta satisfeito com as oportunidades de lazer que você tem em sua comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

7. Como você avalia seu relacionamento com sua família?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

8. Como você se sente em relação a sua espiritualidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

9. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

10. Você esta satisfeito com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Baseado na Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DE BELÉM-PARÁ”.

Autores: Cristiane Sozar Pereira Pantoja, Kelly Cristina de Souza Lima, Viviane Monique Marques Pinto **Orientadora:** Prof.^a Milena Silva dos Santos.

Caro Participante,

O trabalho intitulado “**Qualidade de Vida dos Participantes do Programa de Saúde do Idoso de uma Unidade Municipal de Saúde de Belém do Pará**” será realizado pelos discentes da Faculdade Paraense de Ensino, Cristiane Sozar Pereira Pantoja, Kelly Cristina de Souza Lima e Viviane Monique Marques Pinto, sob a orientação da Prof.^a Milena Silva dos Santos, como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

O estudo tem como objetivo: “Avaliar a Qualidade de vida e Condições de Saúde dos Participantes do Programa de Saúde do Idoso em uma Unidade Básica de Saúde. Sua participação não envolve risco, entretanto, o (a) Sr. (a) poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato com um dos autores, pessoalmente, por meio dos telefones: 983806808 (Cristiane Pantoja), 981675642(Kelly Lima), 983590489(Viviane Monique) ou por e-mail: nickolecris@yahoo.com.br, kellylima25@hotmail.com, Vivianemoniquepinto@gmail.com .

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados fornecidos por você serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento. As informações coletadas serão utilizadas em meu TCC e, eventualmente, na publicação em livros, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima citada, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma, desde que respeitadas às condições acima.

Belém, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante