



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA**

**COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE  
VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB**

**ALAN JOSÉ CAMPOS SIQUEIRA DE SÁ**

**CAJAZEIRAS  
2010**

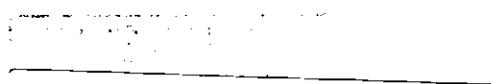
**ALAN JOSÉ CAMPOS SIQUEIRA DE SÁ**

**COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de graduação em enfermagem da universidade federal de campina grande como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Ms. Roberta Miranda Henriques  
Freire  
Co-orientadora: Esp. Eliane de Sousa Leite

CAJAZEIRAS  
2010





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

S111c SÁ, Alan José Campos Siqueira de  
Comprometimento funcional: impacto sobre a  
qualidade de vida dos idosos do município de  
Cajazeiras/PB. Alan José Campos Siqueira de Sá.  
Cajazeiras, 2010.  
60f. : il.

Orientadora: Roberta Miranda Henriques Freire.  
Coorientadora: Eliane de Sousa Leite.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFCCG

1. Saúde do idoso. 2. Idoso - qualidade de vida.  
3. Idoso – comprometimento funcional. I. Freire,  
Roberta Miranda Henriques. II. Leite, Eliane de  
Sousa. III. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU- 613.98

**ALAN JOSÉ CAMPOS SIQUEIRA DE SÁ**

**COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de graduação em enfermagem da universidade federal de campina grande como requisito parcial à obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

**APROVADO EM** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

**Profa. Ms. Roberta Miranda Henriques Freire  
(Orientadora-UFCG)**

---

**Profa. Esp. Eliane de Sousa Leite  
(Membro-UFCG)**

---

**Profa. Ms. Ariele Rodrigues Nóbrega Videles  
(Membro-UFCG)**

CAJAZEIRAS  
2010

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA

*Ao meu pai, Alcides Siqueira de Sá (in memoriam), verdadeiramente o maior mestre que eu tive, o maior homem que já conheci e o melhor pai que alguém poderia ter.*

*A minha mãe, Maria Socorro Granja Campos de Sá, pelo amor verdadeiro e incondicional, pelos ensinamentos e por sua presença constante em todos os momentos da minha vida.*

*Aos meus irmãos pelo carinho e apoio em todos os momentos que precisei.*

*Aos meus sobrinhos pela alegria que sempre me proporcionam, amo todos vocês.*

**Dedico**

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus pela concretização de um sonho, Deus deu propósito a minha vida, vem de Ti tudo o que sou o que tenho e o que espero, e é a Ti que dirijo minha maior gratidão.*

*A meu Pai pelos ensinamentos, pela força e pelo homem que me fez, hoje guardo cada momento que passei ao seu lado.*

*A minha Mãe, pelo amor sincero e pela dedicação em minha vida, você é a parte mais importante da minha vitória.*

*Aos meus irmãos por acreditar em mim e pela confiança que sempre me passaram.*

*A minha orientadora Roberta freire pela paciência na orientação, incentivo, apoio e pela experiência que tornou possível a conclusão desta monografia.*

*A co-orientadora Eliane Leite pelo seu empenho e dedicação, pela maneira com que me incentivou, pelo convívio, apoio, compreensão e pela amizade.*

*Aos profissionais da UFS São José/PAPS.*

*Aos pacientes pela colaboração e contribuição para minha vida profissional.*

*A todos os professores da UFCG tão importantes na minha formação acadêmica.*

*Aos meus colegas de turma pelos momentos alegres e tristes e pelas nossas conquistas.*

*A todos vocês meus sinceros agradecimentos.*

## RESUMO

SÁ, Alan José Campos Siqueira de. **Comprometimento Funcional: impacto sobre qualidade de vida dos idosos do município de cajazeiras/PB.** Monografia do Curso de Bacharel em Enfermagem. Universidade federal de Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2010. 60f.

O comprometimento da capacidade funcional tem implicações importantes para a família e comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso. A incapacidade funcional ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dessa população. O estudo objetivou traçar o perfil dos idosos com comprometimento funcional, identificar as limitações dos idosos relacionadas aos domínios das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e verificar as implicações das limitações identificadas na qualidade de vida dos idosos. Trata-se de um estudo de natureza exploratória, descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa. A população foi caracterizada por idosos cadastrados no programa HIPERDIA da Unidade de Saúde da Família (USF) São José/Programa de Assistência Primária à Saúde (PAPS). Teve como método de inclusão o idoso que apresentou até duas limitações ABVD ou AIVD caracterizando um comprometimento funcional. Foram excluídos da pesquisa os idosos com diagnóstico clínico de demência, acamados e com déficit visual ou auditivo e que não usassem nenhum recurso para a melhoria dos mesmos. Os dados foram coletados mediante abordagem quanti-qualitativa, e posteriormente foram disponibilizados em forma de figuras, discursos e analisados à luz da literatura pertinente. Participou do estudo uma amostra de 30 idosos, com faixa etária entre 60 a 84 anos, predominância para o sexo feminino 20. Em relação ao estado civil a grande maioria eram casados. Quanto à escolaridade 21 dos participantes eram analfabetos, a renda familiar de um salário mínimo e quanto à ocupação profissional nenhum trabalhava. As doenças mais encontradas nos idosos pesquisados foram: artrite, artrose, osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, Acidente Vascular Cerebral e doenças cardíacas, entre outras. No que concernem as ABVD foram identificados dependentes máximos 8 para banho, vestimentas e toaletes e 9 para transferência no domicílio e alimentação. Já o dependente das AIVD observou-se que 24 são dependentes para fazer suas refeições, 26 não vão às compras, 27 dependem do transporte e 28 não usam telefone, não conseguem tomar remédios e não sabem manusear seu próprio dinheiro. Conclui-se que, a capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos e a qualidade de vida dos idosos pesquisados mostrou-se comprometida em todos os aspectos. Observou-se que o número de doenças associadas à velhice é um fator determinante na diminuição da qualidade de vida dos idosos participantes.

**Palavras-chave:** Comprometimento Funcional, Qualidade de Vida, Saúde do Idoso,

## ABSTRACT

Sá, Alan José Campos Siqueira de. **Functional Commitment: impact on life quality of elderly in the city of Cajazeiras-PB.** Conclusion work of the Course of Bachelor in Nursing. Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2010. 60f.

The impairment of functional capacity has important implications for the family, community, health system and for the life of the elderly person itself. Functional disability leads to greater vulnerability dependency in old age, contributing to decreased well-being and quality of life in this population. The study aimed to determine the profile of elderly with functional impairment, identifying the limitations of elderly people related to the control of Basic Activities of Daily Living (BADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and check implications of the limitations identified in the quality of life for elderly. This is an exploratory study, descriptive approach quantitative and qualitative. The population was characterized by the elderly enrolled in the HIPERDIA program in the Family Health Unit (FHU), São José/Program for Primary Health Care (PPHC). It was based on the method of inclusion of the elderly who showed up two BADL or IADL limitations featuring a functional impairment. The ones excluded from the study were the elderly with a clinical diagnosis of dementia, bedridden and deficit visual or auditory and that does not use any resources for the improvement of same. The data were analyzed by quant-qualitative approach, and they were later made available in the form of figures, speeches and analyzed in light of relevant literature. Participated in the studied 30 elderly patients aged 60 to 84 years, mainly for females 20. In relation to marital status were most married. In terms of schooling 21 of participants were illiterate, the family income of a minimum wage and on the professional occupation none of them worked. The diseases most commonly found in elderly people surveyed were: arthritis, osteoarthritis, osteoporosis, hypertension, diabetes mellitus, stroke, heart disease, among others. In which concern BADL were indentified dependent maximum 8, bath robes and toilets and 9 to transfer the homecare and feeding. Already the subject of the AIVD it was observed that 24 are dependent to dine, 26 do not go shopping, 27 depend on for transport and 28 do not use the phone, they can not take medicines and do not know handle their own money. We conclude that the functional capacity is an important marker of health in the elderly and quality of life of elder people surveyed was deficient in all aspects. It was noticed that the number of diseases associated with old age is a factor in decreased quality of life of elderly participants.

**Keywords:** Functional Impairment, Life Quality, Elderly Health.

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABVD-** Atividade Básica da Vida Diária

**ACS-** Agentes Comunitários de Saúde

**AIVD-** Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AVD-** Atividades da Vida Diária

**CNS-** Conselho Nacional de Saúde

**DANT-** Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**USF-** Unidade de Saúde da Família

**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Atividades Básicas da Vida Diária .....	38
<b>Figura 2-</b> Atividades Instrumentais da Vida Diária.....	39

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	16
3.2 FAMÍLIA E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	23
3.3 ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA.....	27
3.4 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.....	28
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
4.1 TIPO DA PESQUISA.....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS.....	33
4.5 COLETA DOS DADOS.....	33
4.6 ANÁLISES DOS DADOS.....	34
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	35
5.1 CARACTERIZAÇÕES DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
5.2 DADOS OBJETIVOS RELATIVOS AO ESTUDO.....	37
5.3 DADOS SUBJETIVOS RELATIVOS AO ESTUDO.....	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES.....	51
APÊNDICE I- TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
APÊNDICE II- DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM O PROJETO DE PESQUISA	
APÊNDICE III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE IV- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
ANEXOS.....	57
ANEXO I- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	
ANEXO II – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP	



O envelhecimento populacional é um fenômeno iniciado nos países desenvolvidos, com a queda das taxas de mortalidade e fecundidade e o conseqüente aumento da expectativa de vida. No Brasil, assistiu-se no final do século XX, a um verdadeiro incremento no número de idosos, o que trouxe um forte impacto sobre as demandas sociais, como as de educação e emprego, saúde e previdência social (SANTOS; BARROS, 2009). Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade e mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, sendo considerado como conquista da longevidade. Por outro lado, essa conquista eleva a possibilidade do idoso ser acometido por doenças crônicas não transmissíveis acarretando o declínio da capacidade funcional e dependências nas atividades do cotidiano. Portanto, o aumento da população idosa e, conseqüentemente, os altos índices de doenças incapacitantes incitam a necessidade fortalecer as ações de prevenção e de promoção da saúde da pessoa idosa. Nesse sentido, buscam-se qualificar os cuidados e promover a qualidade de vida ao idoso e a família.

O comprometimento funcional pode ser entendido como incapacidade de realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) como o autocuidado, em tomar banho, se alimentar se vestir; bem como o não cumprimento de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) fazer compras, tomarem remédios, utilizar telefone, transportes e cuidar do próprio dinheiro, a imobilidade se torna outro importante fator causador do comprometimento funcional, pois, incapacita parcial ou totalmente o idoso em atividades simples como se mover na cama e se deslocar dentro da sua própria casa (DUARTE, LEBRÃO, LIMA, 2005).

A incapacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Uma qualidade de vida satisfatória para os idosos pode ser interpretada como a possibilidade de conseguir cumprir suas funções diárias adequadamente, se sentir bem e viver de forma independente (ALVES *et al.*, 2007).

A necessidade do cuidado com o idoso é evidenciado quando ocorre comprometimento da capacidade funcional, ao ponto de impedir o autocuidado aumentando a responsabilidade sobre a família. A família geralmente é a maior provedora de cuidado domiciliar para o idoso. A maioria dos problemas de saúde é tratada na família, que é a primeira a reconhecer os sinais de alterações na saúde de seus membros, como também a

primeira a realizar o cuidado. O desequilíbrio na saúde do indivíduo idoso afeta não só a ele, mas também à dinâmica da família, podendo provocar estresse e crise na unidade familiar (LUZARDO; WALDMAN, 2006).

O domicílio é visto como um espaço em que pessoas idosas ou não, portadoras de doenças crônicas e outras afecções podem viver com qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de doente em casa tem se tornado cada vez mais freqüente no cotidiano das famílias. Neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa determina que a assistência a essa população tenha como preocupação básica a permanência do idoso na comunidade, no seu domicílio e de forma autônoma pelo maior tempo possível. Desta forma, a família e a assistência primária são os pilares desse cuidado, sendo a família a figura em que se concentra toda a assistência informal. Assim, cuidar de idosos, dependentes ou não, acometidos por uma ou mais patologia crônica ou aguda, constitui-se numa situação freqüente para muitas famílias. (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2007).

O presente estudo contempla analisar o que mais incomoda e por que o comprometimento funcional afeta qualidade de vida dos sujeitos analisados. E tem o intuito de trazer subsídios para a implementação de uma melhor assistência à saúde do idoso com incapacidades funcionais, e como também dar condições a família para que possa assumir os cuidados ao idoso.

Justifica-se o interesse pelo estudo, decorrente da minha vivência enquanto acadêmico de enfermagem, durante o Estágio Curricular Supervisionado em Saúde da Família, que me despertou para a necessidade de discutir sobre esta temática, uma vez que foi percebido lacunas na assistência voltada ao idoso com comprometimento funcional.

Desse modo, compreender e analisar as causas contribuintes e que geram o comprometimento funcional, bem como investigar a influências das morbidades gerontológicas e das doenças crônicas, e devem auxiliar os gestores públicos a desenvolverem políticas de saúde, reorganizando estratégias de educação preventivas e de promoção da saúde, fazendo uma estruturação mais eficaz dos serviços de saúde, que irá reduzir gastos com tratamentos, minimizar uma sobrecarga na família e principalmente contribuirá para uma melhor qualidade de vida da população idosa.

**2 OBJETIVOS**

---

---

## **2.1 Objetivo Geral**

- Descrever o impacto do comprometimento funcional sobre a qualidade de vida dos idosos.

## **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as limitações dos idosos relacionadas aos domínios das Atividades Básicas de Vida Diária e às Atividades Instrumentais de Vida Diária;
- Verificar as implicações das limitações identificadas na qualidade de vida dos idosos;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 3.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Considerando a necessidade de o setor saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, o Ministério da Saúde, aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina que os órgãos e entidades, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, descrita e regulamentada através da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, significa a contemplação dos direitos dos idosos de uma maneira mais ampla. Essa Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de sua enfermidade e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades de vida diária – AVD e atividades instrumentais da vida diária – AIVD. (BRASIL, 2006).

Estudos populacionais realizados no Brasil têm demonstrado que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e cerca de 10% apresentam pelo menos cinco destas enfermidades, destacando-se diabetes, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, entre outras. A existência de uma ou mais enfermidade crônica, não significa que o idoso seja incapaz de realizar suas atividades de maneira independente. A maior parte dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda (RAMOS, VERAS, KALACHE, 2005).

Consoantes aos mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades no seu cotidiano deve ser considerado saudável, ainda que seja portador de uma ou mais enfermidade crônica. Os autores acima citados revelam que 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade necessitam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e sentar e levantar de cadeiras e camas.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade recuperar, manter e promover o envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde

dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Com o propósito de manter a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

Nessa Política, estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas às responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima citado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, mediante o qual deverá ser possível efetuar eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática. A implementação dessa Política compreende a definição, e ou, readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde que direta ou indiretamente relaciona-se com seu objeto. O esforço comum de toda a sociedade aqui preconizada implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2006).

Para o alcance do propósito da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, são definidas como diretrizes essenciais (BRASIL, 2006).

▪ **Promoção do envelhecimento ativo e saudável:** o cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto da importância da melhoria constantes das suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

▪ **Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa:** atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção, providos de condições essenciais - infraestrutura física adequada, insumo pessoal qualificado para a boa qualidade técnica.

A atenção básica, como nível organizador da assistência aos idosos tendo o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida, aumenta a atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados como de avaliação funcional e psicossocial. Incorporar na atenção especializada mecanismos que fortaleçam a atenção à pessoa idosa:

reestruturação e implementação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, visando a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, garantindo a integralidade da atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência.

▪ **Estímulo às Ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção:** a prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade.

▪ **Recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à Saúde da Pessoa idosa:** deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa.

▪ **Estímulo à participação e fortalecimento do controle social:** estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de Temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas Conferências. Devem ser estimulados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população.

▪ **Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS:** as medidas a serem adotadas buscarão: produzir material de divulgação; promover ações de informações e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa; identificar, articular e apoiar experiências de educação popular, informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa; prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa.

▪ **Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à Saúde da Pessoa Idosa:** devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, a educação em saúde e a pesquisa.

▪ **Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas:** apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisa que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando: fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; identificar e apoiar estudos/pesquisas relativos ao envelhecimento; criar banco de dados de pesquisadores de pesquisa em envelhecimento; identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento – Ministério da Ciência e Tecnologia, fundação Estadual de Amparo a Pesquisa; apoio a realização de estudo sobre representação social, junto a usuários e profissionais de saúde; priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento; programar um banco de dados nacional com resultados de avaliação funcional da população idosa brasileira.

Todas as ações em saúde do idoso, como previsto na citada Política, devem ter como prioridade, ao máximo, manter o idoso na comunidade, junto de sua família, de forma mais digna e confortável possível. Somente quando falhar todas as alternativas de cuidados domiciliares é que o idoso deverá ser levado para um serviço de saúde de longa permanência, seja ele um hospital, casa de repouso ou asilos. Para tanto, esses serviços de saúde deverão estar preparados para assistir esses pacientes e oferecer uma assistência diferenciada, reabilitando-os durante a internação, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Silvestre, Costa Neto (2005), o modelo de atenção à saúde do idoso até recentemente, estava fundamentado na estrutura hospitalar e institucional. A permanência nas instituições representa um modelo excludente e que causa uma enorme deterioração na capacidade funcional e de autonomia do idoso. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo de tempo leva a este tipo de perda. Estudos demonstraram que, comparando a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito, por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade. Em nova avaliação, três meses após verificou-se que os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação aos de antes da internação.

Com todos esses fatores têm-se privilegiado o atendimento do idoso em seu domicílio, ao lado de sua família. É importante ressaltar ainda que, com este novo modelo de atenção à saúde ao idoso, deve-se considerar a transferência desta responsabilidade para a família,

podendo causar transtornos, desde financeiro até a falta de conhecimento e qualificação prática para assumir tal cuidado.

Dessa forma, o retorno ao modelo de cuidados domiciliares como proposto na Política, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidade. Os autores acima mencionados ressaltam que a assistência domiciliar aos idosos com comprometimento funcional, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende essencialmente do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isto não implica dizer que o Estado deva deixar de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de aperfeiçoar o suporte familiar.

Diante dessa nova tendência de modelo de atenção à saúde do idoso, torna-se necessário que os Programas de Saúde da Família atuem e trabalhem nessa perspectiva de integração tendo como meta principal a nova proposta de cuidado do idoso no domicílio. Uma vez que o Programa Saúde da Família destaca o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros das famílias vinculadas à Unidade Saúde da Família, em cada uma das fases de seu ciclo de vida, sem perder de vista o seu contexto familiar e social.

Ao idoso é requerida uma especial atenção e uma participação ativa na melhoria de sua qualidade de vida, abordando-o com medidas promocionais de proteção específica, de identificação precoce de seus agravos mais frequentes e sua intervenção, bem como medidas de reabilitação voltadas a evitar a sua separação do convívio familiar e social (TORRES, SÉ, QUEIROZ, 2006).

Sendo assim, o programa Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta para a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de se alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família.

Os profissionais que atuam na atenção básica devem ter de modo claro a importância da manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental.

Silvestre, Costa Neto, (2005), afirmam que se deve visualizar e defender como fundamental a presença da pessoa idosa na família e na sociedade de forma alegre, participativa e construtiva é uma das importantes missões daqueles que abraçaram a proposta da atenção básica resolutiva, integral e humanizada. Não deve aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista da humanidade contemporânea, mas que lhe seja garantida uma vida com qualidade, felicidade e ativa participação em seu meio. As "coisas da idade" não devem ser vistas como uma determinação, mas, sim, como possibilidade.

Como destaca o Caderno de Atenção Básica voltado para a atenção à pessoa idosa (BRASIL, 2006).

A equipe de saúde precisa estar sempre atenta à pessoa idosa, na constante atenção ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e à sua inserção familiar e social, jamais a deixando à margem de seu contexto, mantendo-a o mais independente possível no desempenho de suas atividades rotineiras (SILVESTRE; COSTA NETO, 2005, p.11).

Silvestre e Costa Neto (2005) especificam algumas das competências, habilidades e atribuições da equipe da atenção básica sob a estratégia de Saúde da Família voltadas à pessoa idosa. A seguir estão relacionadas algumas das atribuições comuns da equipe Saúde da Família:

- Conhecimento da realidade das famílias, pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situação de riscos mais comuns aos quais o idoso está exposto, e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo as suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;

- Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Os referidos autores destacam ainda as competências correspondentes as habilidades requeridas ao Médico e/ou Enfermeiro no que diz respeito à saúde da pessoa idosa no nível de atenção básica.

- Promoção da saúde do idoso: capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social, bem como compreender o sentido da responsabilização compartilhada com base para o desenvolvimento das ações que contribuam para o alcance de uma vida saudável;
- Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes na população idosa: capacidade para desenvolver ações de caráter individual e coletiva, visando à prevenção específica e o monitoramento das doenças prevalentes na população idosa;
- Identificação de agravos e recuperação da saúde do idoso: capacidade para desenvolver ações de caráter individuais e coletivas, visando a prevenção específica, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos principais problemas da pessoa idosa;
- Ensinar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a administração de medicamentos em casa, a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno à unidade de saúde.
- Aconselhar ao idoso, aos familiares e/ou ao cuidador a alimentação apropriada a pessoa idosa doente e sobre quando retornar à unidade de saúde;
- Identificar grupos específicos e traçar estratégias para a redução de danos no idoso com deficiência física ou mental, com desnutrição e vítima de violência intrafamiliar.

#### **Habilidades específicas do médico:**

- Realizar consulta médica para avaliação dos fatores de riscos, confirmação diagnóstica e identificação de processos terapêuticos específicos referentes aos transtornos físicos e mentais prevalentes na população idosa;
- Avaliar a pessoa idosa, classificando-a segundo o risco, em relação aos problemas típicos de sua idade como: imobilidade, instabilidade postural, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia, bem como empregar terapêuticas específicas;
- Realizar consultas médicas com vistas a identificar possíveis causas orgânicas ou causas psicossociais com os idosos que apresentam problemas de relacionamento;
- Explicar à pessoa idosa, aos familiares e/ou aos cuidadores os aspectos referentes ao tratamento não medicamentoso e medicamentos específicos de cada agravo;
- Acompanhar o idoso doente, na unidade ou no domicílio, até a cura;
- Encaminhar o idoso refratário aos tratamentos convencionais ou com doenças não compatíveis com a complexidade da UBS para unidades especializadas de referências;
- Acompanhar a evolução de pessoas idosas que foram encaminhadas a outros serviços até sua total recuperação e/ou reabilitação.

#### **Habilidades específicas do enfermeiro:**

- Programar visitas domiciliares ao idoso em situação de risco ou pertencentes a grupos de risco e por solicitação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS;
- Realizar assistência domiciliar das pessoas idosas quando às condições clínicas familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem;
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação dos ACS e de técnicos de enfermagem visando ao desempenho de suas funções na atenção integral à pessoa idosa.

### **3.2 Família e o processo de envelhecimento**

A família é vista como um grupo enraizado numa sociedade e tem uma trajetória que lhe delega responsabilidades sociais. Especialmente perante o idoso, a família vem assumindo um papel importante e inovador, posto que o envelhecimento acelerado da população é um processo recente e ainda pouco estudado pelas ciências sociais.

Mais do que em qualquer outro período ao longo do curso de vida, o idoso precisa de uma relação direta, estreita e duradoura com a família. Esta é o eixo de significância para seu

cotidiano. É nela que o idoso realiza suas relações afetivas e significantes; espera a segurança e o apoio necessário para que continue vivendo sua velhice autonomamente, de modo que seja bem sucedida (NERI, 2002). Desta forma, ele espera manter os espaços vitais que lhe permitam privacidade, aconchego e preservação da sua história.

No contexto brasileiro, a existência de um familiar que se responsabiliza pelos cuidados a um idoso dependente é muito freqüente. As famílias constituem-se no primeiro recurso, de qual se vale a sociedade, para dar atendimento e acolher os seus membros idosos, principalmente nos casos que demandam cuidados prolongados decorrentes de processos mórbidos incapacitantes. Elas são fontes primárias de suporte social informal (GONÇALVES, MEIRELLES, ODEBRECHT, 2003).

Família é uma palavra de origem latina e, curiosamente, o seu termo grego correspondente é *oikonomia* que, por sua vez, gerou a palavra economia. Baseado nisso, é possível dizer que a família é, essencialmente, uma organização econômica. Também é vista como sendo um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento de seus membros componentes (ZIMERMAN, 2004).

Encontrada na sociedade humana, a família parece preceder o próprio homem, pois ela existe também em várias espécies animais. Contudo, a universalidade de sua existência imprime a mesma característica às suas funções, pois existem tantas quantas são as diferentes culturas, em diferentes épocas (VERAS, 2004).

Gonçalves, Meirelles, Odebrecht (2003) afirmam que a família é uma instituição social cuja estrutura dinâmica responde a uma época histórica. Trata-se de uma unidade social sujeita às pressões de seu meio cultural, econômico e político em um dado momento. Não se pode falar da família como um todo homogêneo, pois dentro de um mesmo país existem diferenças estruturais e funcionais entre diversas unidades familiares, como resultado da interação de variáveis tais como a área geográfica da residência, o nível socioeconômico e as características étnicas.

A função universal da família, puramente biológica, e de preservar a espécie. Mas entre as suas principais funções, a socialização dos seus membros para que se tornem cidadãos parece ser uma das mais importantes. As outras funções da família – econômica, educacional, cultural, de proteção etc. – vão variar em importância de acordo com a época e com o lugar em que estão inseridas. Por isso, as funções da família, como instituição, vêm mudando ao longo do tempo, de forma a permitir maior compatibilidade entre elas e a demanda social (VERAS, 2004).

Brasil (2006) apresenta o prover e o cuidar como as funções básicas que são inerentes a todas as famílias, mas, que nos dias atuais estão passando por transformações.

O prover, originalmente é um papel do gênero masculino, e está ligado ao sustento, ao poder de compra, às possibilidades e oportunidade daquela família na sociedade capitalista. O cuidar, originalmente é um papel do gênero feminino, e está ligado ao desenvolvimento da afetividade da alimentação, da atenção e vigilância constante (BRASIL, 2006, p.41).

Esses são papéis em profundas transformações na nossa sociedade, e hoje não são distinguíveis entre homens e mulheres. Estes e tantos outros papéis devem ser constantemente negociados para que a família funcione. No entanto, este funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas (BRASIL, 2006).

Todavia, essas mudanças sociais estão ligadas à modernização, dentre elas a maior participação da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de componentes, o surgimento de novos papéis de gênero e a maior longevidade de seus membros. A maior longevidade tem possibilitado uma convivência familiar intergeracional mais prolongada, permitindo que os indivíduos passem mais tempo de vida nas condições de avós, pais, filhos e netos, e, ainda, apresentem a superposição desses papéis (AQUINO; CABRAL, 2002).

A Constituição Federal de 1998 apresenta a família como base da sociedade e coloca como dever da família, da sociedade e do Estado “amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Neste sentido, cabe aos membros da família entender essa pessoa em seu processo de vida de transformações, conhecerem suas fragilidades e modificações e sua visão e atitude sobre a velhice e colaborar para que o idoso mantenha sua posição junto ao grupo familiar e a sociedade.

O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003, ampara as pessoas idosas nos mais diferentes aspectos da vida cotidiana, e também destaca o papel da família em todos eles. No artigo 3º destaca:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p.9).

Conforme a Política Nacional da Pessoa Idosa que prioriza o atendimento ao idoso através da sua própria família assinala, ainda, que a modalidade asilar deve ser considerada uma alternativa assistencial em casos de ausência de família ou em situação de abandono e pobreza (BRASIL, 2006). Verifica-se, assim, que essa lei não considera outras situações em que o atendimento em instituição asilar possa ser necessário, em caráter temporário ou permanente.

O Brasil, a exemplo de outros países, tem valorizado a manutenção dos idosos em seus domicílios, recebendo cuidados de sua família. Esta estratégia, dentre outros objetivos, visa reduzir custos com assistência hospitalar e instituições asilares. Por outro lado, demanda a disponibilidade de um parente para assistir a necessidade do idoso dependente. Assim, a factibilidade desta proposta deve ser vista de forma crítica, pois é necessário considerar a estrutura familiar, social e cultural do idoso. Entretanto, apesar dessa valorização, percebe-se uma tendência de aumento das taxas de institucionalização, aparecendo como causas desse fenômeno mudanças na estrutura familiar, a exemplo da redução do número de filhos, engajamento da mulher em atividades econômicas fora do lar e o nível de dependência dos idosos (BOCCHI, 2004).

A família constitui o principal sistema de suporte do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na contemporaneidade. Sendo assim, mais do que em qualquer outro período ao longo do curso de vida, o idoso precisa de uma relação direta, estreita e duradoura com a família. Esta é o eixo de significância para seu cotidiano. É nela que o idoso realiza suas relações afetivas e significantes; espera a segurança e o apoio necessário para que continue vivendo sua velhice com autonomia, de modo que seja bem sucedida (NERI, 2002). Desta forma, ele espera manter os espaços vitais que lhe permitam privacidade, aconchego e garantia de posteridade.

Apesar da crença comum de que o idoso na sociedade contemporânea tem sido abandonado por sua família às investigações no mundo todo indicam o contrário. A família segue sendo a principal fonte de apoio para as pessoas de idade avançada e a preferida por estes idosos, pois é esta que os socorrem, geralmente, em primeira instância (GONÇALVES, MEIRELLES, ODEBRECHT, 2003).

A família do idoso, particularmente os filhos e o cônjuge, provê assistência tanto em ocasiões do dia-a-dia, como em momentos de crise, oferecendo apoio social, funcional, econômico, material e afetivo. Esta assistência toma formas como na ajuda em tarefas domésticas, de asseio e outras atividades da vida diária; Fazer companhia ao idoso, dar apoio e afeto em tempo normal e em crises, providenciar transporte e acompanhar a diversos

lugares, a procura de serviços necessários para o bem estar diário do idoso, medicamentos e assistência, em caso de doença e, inclusive, dar assistência econômica. O tipo e a quantidade de ajuda recebida dos filhos estão associados a fatores como proximidade residencial, o estado civil, a saúde e a necessidade do idoso, o poder econômico normalmente menor do idoso em relação ao de seus filhos, os laços afetivos e o sexo dos filhos.

Nesse contexto, os filhos, em especial as filhas e esposas, são, no geral, os principais componentes da rede de apoio e cuidado aos idosos. Deve-se salientar que isto está relacionado com as concepções dos papéis masculino e feminino, segundo os quais, a mulher é vista como responsável pelo cuidado dos membros da família.

### 3.3 Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária

A funcionalidade dos idosos foi observada e avaliada através de atividades cotidianas. Que foram divididas em dois grupos: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As ABVD implicam em no autocuidado e seu comportamento se refere na necessidade de auxílio de terceiros como tomar banho, se alimentar e se vestir. Essas atividades, analisadas separadamente, mostram um maior índice de comprometimento e de dificuldade. É necessário aprofundar sobre quais as ABVD estão sendo comprometidas que poderão levar a incapacidade funcional e se existem diferenças entre os sexos e faixas etárias. As AIVD relacionam-se com a participação na vida social, onde as dificuldades em compras, tomarem remédios, utilizar telefone, transportes e cuidar do próprio dinheiro, implicam em mais uma redistribuição de tarefas entre os membros da mesma família. (LEBRÃO, LAURENTI, 2005).

A capacidade funcional é a possibilidade de executar tarefas físicas, mentais e a possibilidade de integração social. A incapacidade funcional tem sido avaliada como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida cotidiana, em razão de alguma deficiência. Isso demonstra que os estudos desenvolvidos sobre essas atividades, ajudam a compreender como a fase da velhice está sendo desenvolvida e avalia o estado de saúde dos idosos. É fato que a presença de várias doenças pode afetar vários graus de incapacidades, influenciando dessa forma na vida daria do idoso. Assim a incapacidade funcional, se tornou um indicador no processo saúde-doença. (TAVARES, *et al* 2007).

Diante do processo de envelhecimento, a preocupação do atendimento de saúde, deixa de ser apenas de prolongar alguns anos a mais de vida, e passa principalmente a se preocupar com a capacidade funcional do indivíduo. Para que o indivíduo permaneça autônomo e

independente, os sistemas de saúde precisam garantir o acesso universal à saúde. O idoso deve ser avaliado de forma holística, analisando sua funcionalidade de equilíbrio, mobilidade, função cognitiva e capacidade de desenvolver atividade de vida diária. São tarefas que uma pessoa necessita desenvolver para cuidar de si. Estudos apontam um grande crescimento da população idosa incapacitada, sendo que o número de pessoas impossibilitadas de desenvolver as ABVD e AIVD dobrará na segunda ou terceira década desse século. Para aumentar as chances de um envelhecimento saudável, as políticas sociais e de saúde devem promover a habilidade funcional e construir um sistema adequado de suporte social para os idosos. Para atender às necessidades da população idosa, os profissionais de saúde precisam conhecer o perfil socioeconômico e demográfico, bem como a incapacidade funcional dos idosos de sua região, para que possa planejar e programar metas e ações para a promoção, prevenção e tratamento da saúde (COSTA, HENRIQUE, FERNANDES, 2006).

### 3.4 Qualidade de Vida dos Idosos

Questões sobre qualidade de vida vêm sendo discutidas desde a antiguidade entre os filósofos. O conceito de qualidade de vida vem sendo aplicado nos diversos serviços de saúde desde o ano de 1970. Primeiramente o termo era dirigido apenas para atividades de atendimento ambulatorial e hospitalar, gerando dificuldades para impor ações preventivas e curativas, pois, necessitava de custos abusivos com equipamentos e profissionais qualificados. Em anos mais recentes, o alvo da qualidade de vida é distribuído aos pacientes do nível primários, secundários e terciários, com prevenção e promoção da saúde, diagnóstico correto e tratamento adequado. Isso trouxe experiências clínicas, mudanças comportamentais de pacientes e intervenções terapêuticas que propiciaram o desenvolvimento de medidas que fossem voltadas para promover qualidade de vida. No campo da saúde, o conceito qualidade de vida, emergiu a partir de um movimento de humanização na área da saúde, valorização da assistência à saúde além de estudos sobre dados epidemiológicos sobre as doenças. (MANGANELLI *et al.*, 2010).

Ainda que seja um assunto há tempos discutido, falar em qualidade de vida, ainda requer também uma definição subjetiva, pessoal, particular aonde o indivíduo pode contribuir para a construção de uma possível definição desse tema. No que se refere a uma determinação específica do conceito de qualidade de vida, deve-se se analisada de formar holística, levando em conta os aspectos pessoais e sociais próprios do indivíduo. Qualidade de vida, portanto, depende de autor para autor, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da

faixa etária e das aspirações pessoais dos indivíduos. Tendo em vista a diversidade de conceitos sobre qualidade de vida e sua subjetividade, o propósito final é desenvolver políticas para aquisição de uma velhice de boa qualidade e digna. (VECCHIA, BOCCHI, CORRENTE, 2005).

Avaliar a qualidade de vida implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural. São vários os fatores apontados como determinantes ou indicadores, tais como: a longevidade, saúde biológica, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, *status* social, renda, continuidade de familiares e rede de amigos. O processo de envelhecimento vem acompanhado por problemas de saúde físicos e mentais provocados, freqüentemente, por doenças crônicas e quedas. A qualidade de vida é o método utilizado para medir as condições de vida do ser humano. Envolve aspectos físicos, mental, emocional e aspectos sociais. O conceito de qualidade de vida também pode ser definido como uma representação dos parâmetros sociais objetivos, como a satisfação das necessidades básicas, desenvolvimento econômicos da sociedade, e subjetivos como bem-estar, felicidade, amor e realização pessoal. Além disso, pode levar em conta a satisfação pessoal no âmbito familiar, amoroso e profissional e o bem-estar coletivo. Ao analisar a qualidade de vida, deve-se perceber a influência de fatores políticos e de desenvolvimento humano. No que se refere a saúde, a qualidade de vida retrata a melhoria dos serviços de saúde, a melhoria da assistência ao indivíduo e a promoção da saúde, prevenção e tratamento de enfermidades. Embora não há uma definição específica para qualidade de vida, a Organização mundial da saúde (OMS) considera que a subjetividade, a multidimensionalidade e as dimensões positivas e negativas são aspectos fundamentais para a compreensão dessa definição (PAPALEO NETTO, 2004).

Atualmente o esporte e a prática de exercícios físicos, além de uma forma barata de lazer, restauram a saúde e reduz o efeito nocivo dessa rotina estressante da vida no trabalho e na vida diária. Qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Existem fatores físicos e psicológicos que interferem na qualidade de vida de pessoas também nas diversas condições de trabalho, e que proporcionará um favorecimento ao melhor desempenho de suas atividades. Qualidade de vida pressupõe uma relação de equilíbrio e bem-estar no que se refere às atividades de comunicação social e relações interpessoais. A importância de uma alimentação saudável, diversidade de nutrientes e um estímulo a praticam de atividades físicas e cuidado com o corpo também são formas de incentivar a qualidade de vida. A inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados a fatores de risco

para o desenvolvimento ou agravamento de certas condições médicas, Estudos afirmam que a prática sistemática do exercício físico está associada à ausência ou a poucos sintomas depressivos ou de ansiedade. É importante o trabalho desenvolvido para proporcionar uma melhor condição de trabalho para o indivíduo, não só no que se refere ao trabalho, mas como também melhorar os setores responsáveis pela promoção da saúde da população em geral (RIBEIRO *et al.*, 2008).

Perante as mudanças e as transformações demográficas, sociais e econômicas, observa-se um avanço do número de pessoas na faixa etária mais avançada, determinada pela velhice. Assim, há necessidade de garantir aos idosos não só uma prolongação da sua vida, como também manter uma boa qualidade de vida. A qualidade de vida, também é um tema discutido globalmente, pois, existe um interesse mundial em preservar e manter um estilo de vida saudável e preserva a saúde da população para que envelheça com dignidade. A definição de qualidade de vida é bastante diversificada e complexa, pois envolve dimensões como bem-estar físico, emocional e familiar, habitacional, social, cultural, habilidade funcional, sexualidade, espiritualidade, autoestima, capacidade funcional, nível econômico e intelectual que quando estão integrados, permite o indivíduo um equilíbrio consigo e com o mundo ao seu redor. A boa qualidade de vida é aquela que oferece ao indivíduo, e principalmente ao idoso, o máximo de potencialidade para desenvolver suas habilidades e atividades pessoais diárias, vivendo, sentindo, amando e trabalhando, produzindo bens ou serviços. Muitas pessoas associam a qualidade de vida somente ao fator saúde, não colocando e observando a importância de outros fatores que contribuem juntamente com a saúde para uma boa qualidade de vida. (TORRES, SÉ, QUEIROZ, 2006).

#### **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

---

---

#### **4.1 Tipo da pesquisa**

O estudo foi de natureza exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa que de acordo com Polit (2004), na pesquisa descritiva os fatos foram observados, registrados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano foram estudados, mas não manipulados pelo pesquisador, sendo uma das características da pesquisa descritiva a técnica padronizada de coleta de dados, realizada principalmente através de questionamentos e da observação sistemática.

Prestes (2003) diz que a pesquisa exploratória tem por objetivo proporcionar maiores informações sobre o assunto que queira ser investigado, facilitando a delimitação do tema a ser pesquisado, orientando a fixação dos objetivos e a formação da hipótese ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto, dando subsídio para realizar uma pesquisa satisfatória.

A abordagem qualitativa busca conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos e exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa (COSTA; VALLE, 2000).

#### **4.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado no Município de Cajazeiras, localizado no sertão da Paraíba. Este Município conta, atualmente, com uma população estimada de 57 mil habitantes e encontra-se habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, pertencendo a 9ª Microrregião de Saúde. Possui quatorze Equipes de Saúde da Família cadastradas, sendo onze na zona urbana e três na zona rural, onde, em cada unidade atuam uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e vigilante.

O desenvolvimento da pesquisa compreendeu o âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF) São José/PAPS, localizada nas Casas Populares, zona norte da cidade de Cajazeiras – Paraíba. Essa Unidade está inserida na Política Nacional de Saúde do idoso.

#### **4.3 População e amostra**

A população do estudo foi caracterizada por todos os idosos cadastrados no programa

HIPERDIA da USF São José/PAPS do município de Cajazeiras – PB, e a amostra foram estudadas com 30 idosos que apresentaram até duas limitações ABVD ou AIVD, caracterizando um comprometimento funcional e em decorrência desse comprometimento, o idoso deixe de realizar alguma ABVD ou AIVD e que seja cuidado por familiares.

Foram excluídos os idosos com diagnóstico clínico de demência, acamados e com déficit visual ou auditivo e que não use nenhum recurso para a melhoria dos mesmos.

#### **4.4 Instrumento e Coleta de dados**

O instrumento utilizado foi um questionário semi-estruturado (Apêndice IV) constituído por questões objetivas e subjetivas com a finalidade de atender aos objetivos propostos. O instrumento foi dividido em três partes, sendo a primeira voltada à contemplação dos dados sócio-demográficos dos sujeitos da pesquisa e a segunda dirigida às questões referentes às atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária.

O questionário foi impessoal, para garantir a ausência tendenciosa de uma determinada situação sobre outra. Possui a vantagem de os respondentes sentirem-se mais confiantes, dando o anonimato, o que possibilita coletar informações e respostas mais reais.

#### **4.5 Coleta dos dados**

Os dados foram coletados no período de novembro do corrente ano, inicialmente foi feito contato com a Secretária Municipal de Saúde e Coordenadora da Atenção Básica a fim de solicitar a liberação para a realização deste estudo, na oportunidade foi entregue um ofício encaminhado pela Universidade Federal de Campina Grande. Após ser concedida a permissão para a efetivação da pesquisa, foram agendadas as visitas aos idosos nos seus domicílios para contato prévio, ocasião onde foi respondido o questionário semi-estruturado.

Para realização da coleta de dados os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) (Apêndice III), após o recebimento e a leitura do termo, os integrantes confirmaram o desejo voluntário em participar da pesquisa, receberam o questionário, responderam-no e, em seguida, a pesquisadora prestou os devidos agradecimentos pela colaboração na pesquisa.

#### 4.6 Análises dos dados

Os dados foram analisados mediante a abordagem quanti-qualitativa, pelo método da análise de conteúdo e posteriormente foram disponibilizados em forma de gráficos, tabelas e discursos e analisados à luz da literatura pertinente. O uso da metodologia descritiva e exploratória também vislumbrada nesta pesquisa é indicado para estudos onde se pretende quantificar e descrever os dados sem manipulá-los.

#### 4.7 Posicionamento ético da pesquisa

A pesquisa foi realizada respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, pela resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Esta resolução regulamenta as pesquisas em seres humanos e asseguram aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência.

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletiva, envolve o ser humano, de forma direta e indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais. Nesse sentido, a eticidade da pesquisa implica na leitura e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do entrevistado (a) para autorização da coleta de dados, este termo assegura a não identificação do pesquisando, assim como a manutenção do caráter confidencial das informações. Corroborando Costa, Valle (2000) afirma que a resolução incorpora os referenciais básicos da bioética, bem como os princípios éticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

---

## 5.1 Caracterizações dos Sujeitos do Estudo

Nesta etapa buscou-se caracterizar os dados sócios demográficos dos idosos participantes do estudo. Em relação ao gênero, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação profissional e doenças mais freqüentes.

A amostra deste estudo foi constituída de 30 idosos usuários do Programa Saúde da Família da Unidade São José/PAPS e cadastrados no HIPERDIA. O gênero está dividido entre 20 mulheres e 10 homens, verificando a prevalência do sexo feminino, essa amostra é característica da população brasileira, onde apresenta um percentual maior de mulheres e estando de acordo com a literatura, apontando uma maior expectativa de vida para o sexo feminino (ARAÚJO; ALVES, 2001, apud GUEDES *et al.*, 2007), os dados também corroboram com os do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do ano de 2000 (AIRES, PAZ, 2008). Em relação à faixa etária, a idade dos participantes deste estudo variou de 60 a 80 anos. Quanto ao estado civil, observou-se, que 4 idosos eram solteiros, 13 casados e 13 viúvos, não estando de acordo com os resultados do censo 2000 que demonstraram os idosos casados da população brasileira totalizavam 51,8% e os viúvos 28,5% (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006).

Ainda considerando o estado civil, observou-se que a viuvez tem influência no comprometimento funcional, por levar uma situação de isolamento e menor preocupação com a saúde, segue-se a isso a perda de um familiar e o afastamento do trabalho por conta da aposentadoria. No que diz respeito à companhia, 4 moram sozinho, 13 moram com o cônjuge e 13 moram com os filhos, em relação a morar sozinho, não significa um problema em si, já que pode ser uma possível condição, pode contribuir para melhorar a capacidade funcional; e conseqüentemente diminui a necessidade de vigilância dos familiares, contudo, oferece riscos e representa causas de problemas de saúde por uma menor atenção dos familiares. (NUNES *et al.*, 2009).

Ao grau de escolaridade, 21 eram analfabetos e 9 sabiam apenas a escrever o nome, indício da falta de oportunidade que as famílias de classe média baixa não possuíam oportunidades para estudar na metade do século passado. Em relação à renda familiar, 27 recebiam apenas um salário mínimo e 3 até dois salários mínimos todos pertenciam ao grupo de aposentados ou pensionistas. No que diz respeito à ocupação profissional todos os idosos não possuíam nenhuma ocupação no mercado de trabalho informal.

Diante dos resultados sobre a condição de saúde dos sujeitos pesquisados observou-se que todos os idosos apresentavam mais de uma doença crônico-degenerativas, destacando-se:

artrite, artrose, osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, entre outras. Ressalta-se ainda que os idosos portadores destas patologias não são adequadamente acompanhados por profissionais especializados, podendo assim serem acometidos por sequelas que ocasionam o comprometimento do nível de independência dessa população.

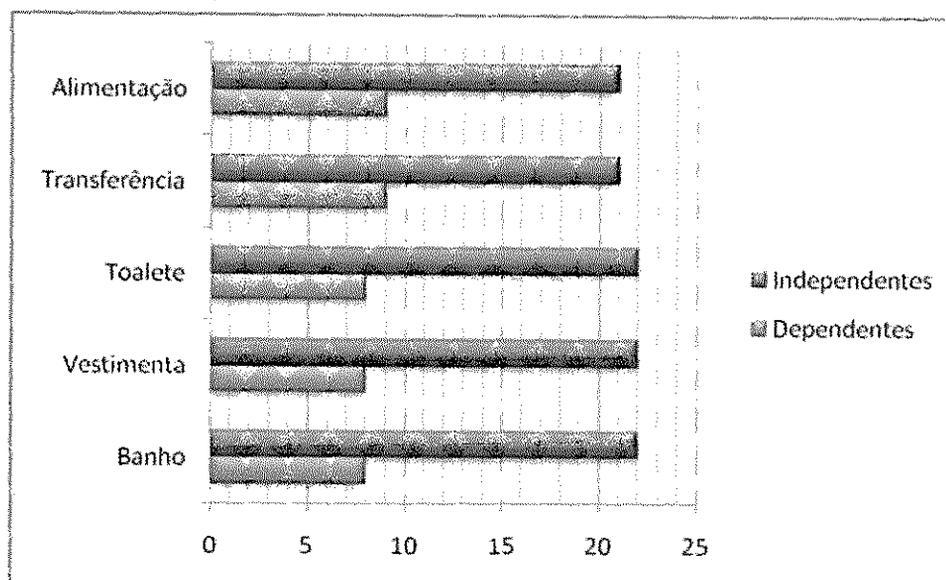
No Brasil, segundo Gonçalves, (2006), estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% com sobreposição de afecções concomitantes. Desse modo, a situação de cronicidade e longevidade atual dos brasileiros contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando em necessidade de cuidados constantes.

Assim, muitos idosos são acometidos por Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis (DANT's), estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois, em razão de sua natureza, não têm cura. Entretanto, essas doenças tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas. Embora nem todas as doenças crônicas incapacite totalmente, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos. Portanto, a prevenção de tais doenças, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde pública instalado no Brasil (BRASIL, 2006).

As DANT's são motivos de grande preocupação para os profissionais de saúde, tanto por seus aspectos limitantes quanto pelas conseqüências de seu tratamento, pois acarreta desgaste e sofrimento para a pessoa acometida e para a família.

## **5.2. Dados Objetivos Relativos ao Estudo**

Nesta etapa o objetivo foi examinar as ABVD e AIVD separadamente. Descrevemos cada variável, disponibilizamos em forma de figuras e discutimos e analisamos cada um à luz da literatura pertinente ao estudo.



**Figura1- Atividades Básicas da Vida Diária**

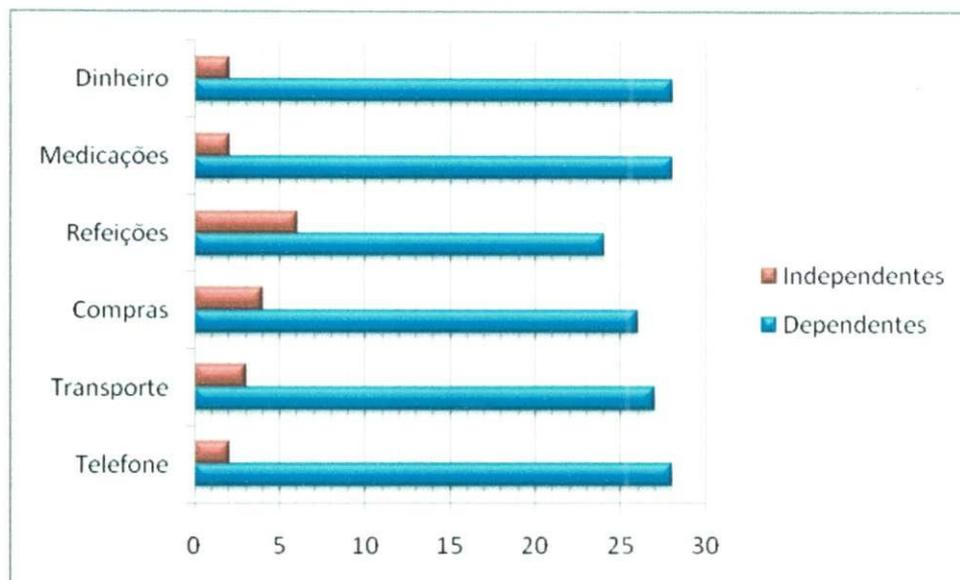
Fonte: arquivo do autor, 2010.

Na figura um, observa-se as ABVD desempenhadas pelos idosos analisados durante a pesquisa. Considerando o idoso com comprometimento funcional, aquele que apresentou duas ou mais incapacidades de realizar as atividades básicas da vida diária. Em relação ao grau de dependência, eram totalmente dependentes para o banho 8 idosos, 8 para vestimenta, 8 para usar o toalete, 9 para se transferir no domicílio e 9 para alimentação.

No que se refere ao grau de independência das ABVD, 22 idosos não necessitavam de alguma ajuda para o banho, 22 para a vestimenta, 22 para o toalete, 21 para se transferir e 21 para alimentação. As duas atividades que os idosos apresentaram maior dependência foram a transferência e a alimentação. Observa-se dentre os idosos entrevistados, que para as ABVD a maioria dos idosos é independente para realizá-las corroborando com a literatura (DUCA, SILVA, HALLAL, 2009), onde diz que estudos brasileiros encontraram que as maiorias dos idosos eram totalmente independentes para a realização das atividades básicas da vida diária, estando de acordo com os achados deste trabalho.

Estando de acordo também com ANDREOTTI e OKUMA (1999), aonde deixam explícito que, a dependência das ABVD não é uma situação que traduz para a totalidade dos idosos, nem mesmo é uma condição que todos terão que passar quando envelhecerem. Evidenciam ainda que a maioria da população idosa mundial, mesmo apresentando algumas dificuldades na realização dessas atividades, é independente. Apesar de menos prevalentes, as dificuldades em ABVD também aparecem, gerando a necessidade de cuidado e assistência.

Na figura dois, observa-se a relação de independência e dependência das AIVD.



**Figura2-Atividades Instrumentais da Vida Diária**  
 Fonte: arquivo do autor, 2010

No que concernem as AIVD, nos idosos pesquisados, verificou-se uma grande limitação para tais atividades. Para o grau de independência 2 idosos utilizam o telefone, 3 o transporte, 4 vão as compras, 6 conseguem fazer suas próprias refeições, 2 tomam medicamentos sem ajuda e 2 manipulam independentemente o dinheiro. Quanto ao grau de dependência o número de idosos que apresentam incapacidades em realizar 2 ou mais AIVD é bem superior ao grau de independência, pois, 28 não conseguem utilizar o telefone, 27 dependem de alguém para transportá-lo, 26 não vão as compras, 24 dependem para fazer suas refeições, 28 não conseguem tomar ou lembrar o horário das medicações e 28 necessitam de alguém para manipular seu dinheiro. Dentre as atividades as três que os idosos apresentaram maior dependência foram usar o telefone, tomar medicações e manusear o dinheiro.

Percebe-se que as atividades instrumentais da vida diária são mais complexas do que as atividades básicas da vida diária, conforme a literatura, colaborando com OKUMA (2001), Há uma maior dificuldade apresentada pelos idosos nas AIVDs que nas ABVDs, as pessoas idosas provavelmente são mais dependentes nas AIVDs. Corroborando com os dados encontrados no nosso estudo.

Pela análise do gráfico e conforme a entrevista aos idosos verifica-se que a dependência funcional em atividades instrumentais de vida diária, pode levar a perda de autonomia, quando o idoso passa a necessitar integralmente de ajuda para manipular o dinheiro, resultando assim em uma decadência

funcional física e psíquica, como também necessita de um cuidado maior por parte da família, conforme demonstra a literatura (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006) onde relate que a incapacidade na realização de uma dessas atividades instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes.

### 5.3 Dados Subjetivos Relativos ao Estudo

A partir dos dados colhidos através dos idosos e por meio da análise qualitativa do material foi possível apreender como o idoso se sente diante do seu comprometimento funcional. Na primeira pergunta foi questionado o que mais incomodava os idosos e o que o seu comprometimento funcional afetava em sua qualidade de vida. Dessa análise, emergiram os seguintes discursos:

*“Não posso fazer as coisas que eu gosto passear, fazer compras, eu gostaria mais de poder cuidar de mim”... (Idoso 08)*

*“Não posso andar e fazer as coisas... Não tenho lazer” (idoso, 03)*

*“Tenho pressão alta e não enxergo bem, por isso não posso fazer muita coisa” (idoso, 05)*

*“Tenho dor nos ossos e articulações. Não posso mais fazer as coisas que fazia quando eu era moça” (idoso, 21)*

*“O que mais incomoda são as dores, a dormência, o esquecimento... fadiga nos braços...nem consigo mais telefonar (idoso, 28)*

*“Essa pressão alta e as dores nos ossos e músculos...nem vou mais a missa que era o que gostava de fazer” (idosa, 07)*

Fica evidente nos discursos dos idosos a insatisfações sentidas por eles por não poderem mais fazer o que gostam, pois fica difícil para eles, que já possuem tantas limitações e que sentem muitas dores ósseas, fadiga, e muita das vezes dependem de alguém para se locomoverem.

A presença de múltiplas limitações associadas na mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacidade física para uma ou mais atividades. Para Ramos (2003), a capacidade funcional é um componente no modelo de saúde dos idosos e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não acarreta problemas para o indivíduo ou sociedade.

Mas quando não é o caso, como exemplos os nossos, a qualidade de vida deles fica altamente prejudicada, interferindo de modo direto no indivíduo, família e sociedade, pois segundo Matsudo (2000), quando o envelhecimento é saudável, como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independentes, a qualidade de vida deles raramente é afetada, mas quando possuem algum tipo de comprometimento funcional, e que segundo Yang e Jorge (2005) definem como inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte o cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade.

Segundo Alves *et al.* (2007), o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos como mostra os discursos a seguir:

*“O que mais incomoda é depender dos filhos para fazer alguma coisa” (idoso, 06)*

*“...depende dos outros para fazer compras, telefonar, pegar o ônibus” (idoso, 04)*

*“Não posso ir mais ao banco sozinha” (idoso, 11)*

*“Dependo dos outros pra tudo” (idoso, 04)*

*“O que mais me incomoda é precisar dos meus filhos pra tudo” (idoso, 07)*

Desse modo as AVDs, tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se entre outros fatores contribuem para preservar autonomia funcional e o envelhecimento saudável (FABRÍCIO *et al.*, 2004).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, observamos uma população cada vez mais envelhecida, evidenciamos a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida. Diante dessas considerações foi perguntado aos idosos o que eles faziam para melhorar a sua qualidade de vida? Dessa pergunta emergiu os seguintes depoimentos:

*“Faço só caminhada, tomo os remédios direito e só como o que posso” (idoso, 01)*

*“...Vou a Igreja, vou para as novenas, gosto da Igreja” (idoso, 28)*

*“Mesmo com as dores no corpo, procuro fazer minhas caminhadas”  
(idoso, 26)*

*“Só como o que posso e tomo meus remédios todos os dias” (idoso,  
22).*

*“...Gosto de cuidar do meu corpo e tenho cuidado com a  
comida.” (idoso, 29)*

Foi observado nos relatos que quando os idosos faziam alguma coisa para melhorar sua qualidade de vida eles se referiam mais ao aspecto físico, como caminhadas. Para eles, qualidade de vida é poder adotar hábitos de vida considerados saudáveis, relativos à alimentação, ao sono, à prática de exercícios físicos regulares. A prática de adotar hábitos de vida considerados saudáveis melhora qualidade de vida, estando de acordo com a literatura, esses hábitos são relativos à alimentação, ao sono, à prática de exercícios físicos regulares e ao não uso de drogas (VECCHIA, BOCCHI, CORRENTE, 2005).

**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE**  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS - PARAIBA

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

---

O envelhecimento populacional brasileiro é uma realidade que se apresenta concreta e crescente, fazendo com que a adoção de políticas sociais e medidas específicas de assistência social e de saúde se façam urgentes. Torna-se evidente, tanto através da literatura especializada quanto pelos registros que emergiram nesta pesquisa, uma especial atenção deveria merecer o idoso.

É perceptível diante da análise dos dados que muitos são os problemas vivenciados pelos idosos no domicílio, quando estes necessitam de cuidados, que decorrem do processo de envelhecimento e que tem como conseqüências as doenças crônicas degenerativas. Muitas são as vezes que os familiares necessitam desenvolver tarefas para resolverem situações novas que surgem devido ao agravamento da doença.

No decorrer da análise das entrevistas foi possível observar também a existência de idosos que vivenciavam o envelhecimento e mesmo assim assumiam a tarefa de cuidar, embora apresentem alguma alteração na capacidade funcional e até mesmo na sua saúde. Com isso fica evidente a dificuldade que elas apresentavam de cuidar devido à idade somando a carga de trabalho. Desta forma, a atenção e o suporte a essas pessoas são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidador.

Os dados do estudo deixam claro que há uma necessidade de intensificação de esforços por parte dos gestores de saúde no sentido de amparar esses idosos com comprometimento nas suas ABVD e AIVD. Sendo assim, seria necessário por em prática a Política Nacional de Saúde do idoso. Tais ações possibilitariam minimizar a dependência nas ABVD e as AIVD, proporcionado assim, um envelhecimento com autonomia e independência às pessoas idosas.

Sendo assim, o Programa de Saúde da Família pode ser um grande aliado para a implantação dessa assistência diversificada, pela proximidade de sua comunidade e pelos conhecimentos técnicos e de relacionamentos que os membros do PSF detêm, contribuirão sobremaneira para a eficácia do cuidar bem do idoso.

Independente dos programas, que tem como alvo o público idoso, cabe a cada um de nós dá sua parcela de ajuda no incentivo e apoio no cuidado ao idoso que está do nosso lado, para que ele mantenha vivas as suas faculdades mentais e deseje desenvolver o seu potencial e concretize seus sonhos.

Conclui-se que, a capacidade funcional é um importante marcador de saúde em idosos e a qualidade de vida dos idosos pesquisados mostrou-se comprometida em todos os aspectos. Observou-se que o número de doenças associadas à velhice é um fator determinante na diminuição da qualidade de vida dos idosos participantes.

Almejamos que este estudo contribua para a efetivação de ações benéficas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, tornando-se necessário o planejamento de ações de saúde que possam melhorar as condições de vida das populações idosa estudada.

REFERÊNCIAS

---

AIRES M, PAZ AA. Necessidades de cuidados ao idoso no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS) 2008 mar, 29.v.1.p83-9. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5284/3004>>. Acesso em: 12 de Out 2010.

ALVES, LC; LEIMANN, BCQ; VASCONCELOS, MEL; CARVALHO, MS; VASCONCELOS, AGG; FONSECA, TCO da; LEBRÃO, ML; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.23 no.8 Rio de Janeiro Ago. 2007.

ANDREOTTI, R.A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, n. 13, p. 46-66, jan./jun, 1999.

AQUINO, F. T. M. de; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise de conhecimento. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 15, jan- fev, p. 35-40, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 05 Set 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2.528 de 19 de outubro, que aprova a *Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa e dá outras providências*. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Estatuto do Idoso. Lei. Nº: 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispões sobre o *Estatuto do Idoso* e dá outras providências. Brasília/2003.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev. Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, out, p. 254-271, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/812>>. Acesso em: 25 Set 2010.

COSTA, G.M; HENRIQUE, M.E; FERNANDES, M. G. M. Programa de Atenção à Saúde do Idoso na visão da clientela. *Rev. Da Terceira Idade*. 2003. 14 (27) 53-67.

COSTA, S. F.; VALLE, G. *Metodologia da pesquisa: Coletânea de termos*. João Pessoa: Idéia, 2000.

COSTA, E.C.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm.*, v.19, n.1, p.43-35. Jan 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. acesso em: 17 Nov 2010.

DUARTE Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Rev. Panamericana de Saúde Pública*. 2005; v.17 no5-6. p.370-8. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 06 de Out 2010.

DUCA, G. F. del.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C.; Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2009; v.43, n.5, p.796-805. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 19 Nov 2010.

FABRÍCIO, S. C. C. et.al. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, p.93-99. 2004.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SENA E. L. S.; SANTANA W. S.. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. *Rev. Texto Contexto Enferm/fermagem*. Florianópolis, v.6, n.23, Out/Dez, p. 82-89, 2006. Disponível em: <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 07 de Out 2010.

GONÇALVES, L.O, MEIRELLES, S. B. C, ODEBRECHT, C. Brasil: o despreparo para atenção à população idosa. Fundação Regional de Blumenau – FURB –*Fam. SaúdeDesenv.* Curitiba, v.5, n.2, mai./ago, p. 67-72, 2003. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewArticle/8095>>. Acesso em: 29 Set 2010.

GUEDES, D. V.; SILVA, K. C. A; BANHATO, E. F. C.; PERUZZI, M. M.; MOTA, E.da. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU rev, Juiz de Fora*, v.33, n.4, p.105-111, out./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/viewArticle/68>>. acesso em: 18 Nov 2010.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol. vol.8 no. 2*. São Paulo. Junho 2005

LUZARDO, A. R; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Rev. Acta Scientiarum Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, março, p. 54-60, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewArticle/1640>>. Acesso em: 25 Set 2010.

MANGANELLI, L.; PASKULIN, G.; CÓRDOVA, F. P.; COSTA, F. M.; VIANNA, L. A. C. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta paul. enferm.* vol.23 no.1. São Paulo 2010.

MATSUDO, S. M. *Avaliação do idoso: física e funcional*. Londrina: Midiograf; 2000.

NERI, A.L. (Org) *Cuidar de Idosos no contexto familiar: questões psicológicas sociais*. Campinas. Átono Alínea, 2002.

NUNES, M.C.R.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI, S.C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter.* vol.13 no.5 São Carlos Set/Out. 2009 <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 04 de Out 2010.

OKUMA, Silene Sumire. Velhice bem-sucedida: atualizando o conceito de velhice. Temas em Educação Física Adaptada - *Revista SOBAMA*, Curitiba, p. 64-73, 2001.

PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.

PRESTES, M. L. M. *A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos da escola à academia*. 2 ed. São Paulo-SP: Réspel, 2003.

POLIT, D. F., BECK, C. T. HUNGLER, B. P., *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª v l. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L.R, VERAS, R.P, KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma real brasileira. *Rev. Saúde Pública*, Brasília, v. 21, n.3, abril, p.96-102, 2005. <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 04 de Out 2010.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATIE, S.; SOUZA A. C.; SCHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.13 no. 4. Rio de Janeiro Jul/Ago. 2008.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, v. 19, 2003. p. 793-797.

SANTOS, J. S; BARROS, M. DA. Idosos do Município do Recife, estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da Morbimortalidade hospitalar. *Rev. Epidemiologia. Serv. Saúde*. Brasília, 2009. v.17 n.3 p.177-186. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=492815&indexSearch=ID>. Acesso em: 29 Set 2010.

SILVESTRE, J A, COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de saúde pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, jul/agos, p.45-52, 2005.

TAVARES, D. M. SANTOS. ; PEREIRA G. A.; IWAMOTO, H. H.; MIRANZZI, S. S. C.; RODRIGUES, L. R.; MACHADO A. R. M. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto contexto - enferm.* vol.16 no. 1 Florianópolis Jan./Mar. 2007.

TORRES, S. V. S; SÉ, E. V. G.; QUEIROZ, N. C. Fragilidade dependência e cuidados: desafio do bem-estar dos idosos e seus familiares. In: DIOGO, MJD; NERI, A.L; CACHIONE, M, Organizadores. *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea, 2006.

VERAS, R. S. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.

VECCHIA, R.D.; BOCCHI, S.C.M.; CORRENTE, J.E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. epidemiol.* vol.8 n.3 São Paulo Set. 2005. Disponível em: : <<http://www.Scielo.br>>. Acesso em: 19 Nov 2010.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability: disability transitions and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*, v. 17, 2005. p. 263-292.

ZIMERMAN, G. I. *Dificuldade da família com o velho*. Porto Alegre; Artes Médicas Sul; 2000.

APÊNDICES

---

---

**APÊNDICE I**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR  
RESPONSÁVEL**

**Pesquisa: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE  
DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB**

Eu, **ROBERTA MIRANDA HENRIQUE FREIRE**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: **1705954 SSP- PB** e CPF: **000225054-31** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

**ORIENTADOR**

Cajazeiras – PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
BIBLIOTECA SETORIAL  
CAJAZEIRAS PARAIBA**

## APÊNDICE II

### DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB**

Eu, **ROBERTA MIRANDA HENRIQUE FREIRE**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: **1705954 SSP- PB** e CPF: **000225054-31**, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

**Orientadora**

---

**Orientando**

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

### APÊNDICE III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB** terá como objetivo geral traçar o perfil dos idosos com Comprometimento Funcional.

Ao voluntário só caberá a autorização para essa pesquisa exploratória de caráter descritivo e quantitativa realizada através de um instrumento de coleta (APÊNDICE IV) e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **3531 2848/ 3224 0957** com **ROBERTA MIRANDA HENRIQUE FREIRE.**

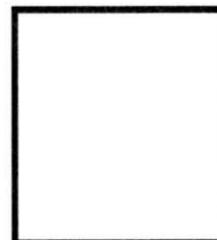
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa



## APÊNDICE IV

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO SUPERIOR BACHARELADO EM ENFERMAGEM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### 1. Dados sócio-demográficos:

Gênero: M ( ) F ( )

Faixa etária: 60 – 69 ( ) 70 – 79 ( ) 80 ou + ( )

Estado civil: Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( )

Mora com: Sozinho ( ) Cônjuge ( ) Filhos ( )

Escolaridade: Analfabeto ( ) Analfabeto funcional ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( )

Renda domiciliar/salário mínimo: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) >4 ( )

Ocupação profissional: Sim ( ) Não ( )

Doenças mais encontradas: HAS ( ) Artrose ( ) Osteoporose ( )

Diabetes ( ) Outros ( )

#### 2. Dados Objetivos Relativos ao estudo

##### Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

Atividade	Dependência
<b>Banho</b>	I = Não recebe nenhuma assistência, entra e sai do box sozinho; A= Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo; D= Recebe assistência para banhar mais de uma parte do corpo ou não é banhado;
<b>Vestimenta</b>	I = Tira as roupas do armário e se veste completamente sem assistência; A= Tira as roupas do armário e se veste, com exceção de assistência para amarrar os sapatos; D= Recebe assistência para apanhar as roupas ou vestir-se ou fica parcialmente ou totalmente desnudo;
<b>Toalete</b>	I= Vai ao banheiro, limpa-se e arruma as roupas sem assistência,(pode usar um urinol ou comadre à noite e esvaziá-lo pela manhã); A= Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar se ou no uso do urinol/comadre durante a noite; D= Não vai ao banheiro para o processo de eliminação;
<b>Transferência</b>	I= Movimenta-se para e da cama, bem como para e da cadeira de rodas sem assistência; A= Movimenta-se na cama ou cadeira com assistência;

	D= Não sai da cama;
<b>Alimentação</b>	I= Alimenta-se sem assistência; A= Alimenta-se sozinho, com exceção da assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão; D= Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcialmente ou completamente com uso de sondas;
<i>Número de AVDS comprometidas</i> Legenda: (I) independente (A) necessita assistência (D) dependente	

### Atividades Instrumentais da Vida Diária

Atividade	Dependência
<b>Usar o telefone</b>	I = Sem ajuda; A = Atende o telefone ou disca o número de emergência, mas necessita ajuda para encontrar números ou discar; D= Incapaz de usar o telefone;
<b>Transporte</b>	I = Dirige o próprio carro ou usa ônibus/táxi sozinho; A= Capaz de se transportar, mas exclusivamente acompanhado; D= Incapaz de se transportar;
<b>Compras</b>	I= Capaz de comprar tudo o que é necessário para alimentação e vestuário, sozinho; A= Capaz de fazer compras, mas necessita companhia; D= Incapaz de fazer compras;
<b>Preparo de refeições</b>	I= Capaz de planejar e cozinhar refeições elaboradas, completas; A= Capaz de preparar refeições simples, mas incapaz de fazer refeições elaboradas (completas) sozinho; D= Incapaz de preparar refeições;
<b>Medicação</b>	I= Capaz de preparar e tomar medicamentos na dose e hora corretos; A= Capaz de tomar medicamentos, mas necessita ser lembrado ou precisa de alguém para prepará-los; D= Incapaz de tomar os medicamentos;
<b>Manejo de dinheiro</b>	I= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, usar cheques, pagar contas; A= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, mas necessita ajuda com o orçamento e pagamento de contas; D= Incapaz de manejar dinheiro;
<i>Número de AIVDS comprometidas</i>	

### 3. Dados subjetivos relativos ao estudo

1. O que mais incomoda o Sr. (a) na sua idade e por que o seu comprometimento funcional afeta sua qualidade de vida?
2. O que o Sr. (a) faz para melhorar a sua qualidade de vida?

**ANEXOS**

---

**ANEXO I**

**PREFEITURA DA CIDADE DE CAJAZEIRAS**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB** desenvolvida pelo aluno Alan José Campos Siqueira de Sá do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora **Roberta Miranda Henrique Freire**.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras, Paraíba.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

**FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB**

**PROJETO: CAAE N: 0448. 0.133.000-10**

**PARECER**

**x APROVADO**

**NÃO APROVADO**

**PENDENTE**

**TÍTULO: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL: IMPACTO SOBRE A  
QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL: ROBERTA DE MIRANDA HENRIQUE FREIRE**

DESCRIÇÃO: O projeto aborda temática relevante e, considerando a objetividade e clareza do pesquisador, bem como a observância aos aspectos éticos, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa.

**Campina Grande, 28/10/2010**

**Relator: 03**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA/  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa