



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Daniela Cristina Macedo

**Avaliação da qualidade de vida de idosos participantes
e não participantes de grupo de convívio**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre(a) em Enfermagem-Mestrado
Profissional

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Lician Vaz de Arruda Silveira

**Botucatu
2016**

Daniela Cristina Macedo

Avaliação da qualidade de vida de idosos
participantes e não participantes de grupo de convívio

Dissertação apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Mestre(a) em
Enfermagem-Mestrado Profissional

Orientador (a): Prof(a). Dr(a). Liciania Vaz de Arruda Silveira

Botucatu

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Macedo, Daniela Cristina.

Avaliação de qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupo de convívio / Daniela Cristina Macedo. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Liciania Vaz de Arruda da Silveira
Capes: 40406008

1. Idoso. 2. Qualidade de vida. 3. Idosos - Recreação. 4. Idoso - Pesquisa.

Palavras-chave: grupo de convivência; idoso; qualidade de vida .

Dedicatória

A meu pai José (in memoriam), o senhor foi o meu maior incentivador a buscar o conhecimento.

Agradecimientos

Agradeço a Deus, por me conceder o dom da vida e saúde.

Meus sinceros agradecimentos a Prof. Dr^a Liciania Vaz de Arruda da Silveira, minha orientadora, por esse tempo de convivência na construção desse trabalho, pela paciência, conhecimento transmitido, amizade e apoio.

A meu filho João Mateus por ser o meu refúgio, pelo sorriso que me contagia, pelo abraço que me conforta, e por ser o meu real motivo em não desistir dos meus sonhos.

A minha mãe Sueli, por todo o suporte que me deu durante toda a minha vida e muito mais durante o tempo de realização desse trabalho, e por ser meu exemplo de amor a ENFERMAGEM.

A minha irmã Rafaela, por sua companhia e sua alegria contagiante.

Ao Secretário Municipal de Barão de Antonina, Antonio Tadeu da Silva, por me permitir todas as condições necessárias para a concluir essa jornada.

Aos meus amigos Agentes Comunitários de Saúde: Raphael, Jeovanne e Solange, pelo auxílio valioso no momento da coleta de dados.

As minhas amigas Carolina e Priscila, por sonharem junto comigo este meu sonho, e por colaborarem de forma efetiva em cada fase.

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Barão de Antonina, pela parceria construída para o desenvolvimento do Grupo de Convivência Vida e Saúde.

Aos idosos de Barão de Antonina, por todo acolhimento que me deram em suas casas e pela alegria que tinham em responder o questionário.

Epígrafe

*Lute com determinação
Abraça a vida com paixão
Perca com classe e
Vença com ousadia
Porque o Mundo pertence
A quem se atreve
E a vida é muito para ser insignificante*

(Charlie Chaplin)

Lista de Tabelas

Tabela 1- Comparação de idade e tempo de moradia entre os participantes e não participantes com valores expressos em média, desvio-padrão e valor de p Barão de Antonina, SP, 2015.....	50
Tabela 2 – Associação entre as variáveis dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	51
Tabela 3- Associação entre os dados de escolaridade dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	52
Tabela 4- Associação dos dados sobre renda dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	53
Tabela 5- Associação dos dados sobre renda dos participantes e não participantes sobre arranjo familiar dos participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	55
Tabela 6- Associação dos dados sobre serviços de saúde utilizados pelos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	57
Tabela 7- Associação dos dados sobre as necessidades básicas dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	58
Tabela 8- Associação dos dados sobre a memória e comparação com ano anterior dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.....	59
Tabela 9 - Comparação dos dados dos domínios conforme a Escala de Flanagan, dos participantes e não participantes com valores expressos em média, desvio-padrão. Barão de Antonina, SP, 2015.....	61
Tabela 10 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 130 idosos na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.	62
Tabela 11 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 65 idosos não participantes do grupo de convívio na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.....	64

Tabela 12 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 65 idosos participantes do grupo de convívio na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.....	66
Tabela 13 - Demonstrativo de comparação das dimensões da EQVF e as identificadas na amostra de 130 idosos na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.....	67
Tabela 14 – Comparação de média e desvio-padrão da versão original, três versões validadas, versão de Botucatu-SP e deste estudo.....	68

Resumo

O envelhecimento da população tem se tornando um dos maiores desafios das últimas décadas, principalmente no que diz respeito à saúde pública. No Brasil, é um fenômeno recente o crescimento dos índices da população acima dos 60 anos e está fortemente relacionado à melhoria da qualidade de vida. O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes em grupos de convivência no município de Barão de Antonina, São Paulo. Trata-se de um estudo transversal do tipo observacional, realizado com 130 idosos. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário dados sócio-demográficos e a segunda parte foi construído com base na escala de Flanagan para a avaliação da qualidade de vida dos entrevistados. Resultados: Dos 130 idosos entrevistados, a idade média foi de 71,26 anos para o grupo dos não participantes e 69,49 anos para os participantes, a maioria para os dois grupos era do sexo feminino (64,62%), casados (62,31%), a escolaridade para os dois grupos predominou de 1 a 4 anos (65,38%), 80% eram aposentados e 71,54% tinham renda até um salário mínimo. A utilização da escala de Flanagan apresentou um valor de α de Cronbach de 0,767 para o total da amostra, em comparação entre os grupos o coeficiente α de Cronbach foi maior para o grupo dos não participantes 0,751 e para os participantes o mesmo coeficiente obtido foi de 0,609. Esses resultados demonstram a eficiência do instrumento. A média dos escores obtidos através da aplicação da escala de Flanagan foi de 70,64 (desvio padrão de 13,83) para o grupo dos não participantes, enquanto que o grupo dos participantes a média do escore foi maior 86,54 (desvio padrão de 10,07) Já se ao traçar a análise comparativa entre o grupo de participantes e não participantes sobre qualidade de vida utilizando-se da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o grupo dos

não participantes revelou escores menores em itens da escala. Espera-se que com este estudo possa se reforçar a importância da estratégia de grupos de convivência na promoção de um envelhecimento ativo e direcionar estratégias das políticas públicas no fortalecimento dessa prática.

Palavras Chaves: Idoso, Qualidade de Vida, Grupo de Convivência

Abstract

Population aging has become one of the biggest challenges of recent decades, particularly with regard to public health. In Brazil, it is a recent phenomenon the growth rates of the population over 60 years and is strongly related to improved quality of life. This study aims to evaluate the quality of life of elderly participants and non-participants in community groups in the city of Barão de Antonina, Sao Paulo. It is a cross-sectional observational study, conducted with 130 elderly. For data collection was used a questionnaire sociodemographic data and the second part was built on Flanagan scale for evaluating the quality of life of respondents. Results: Of the 130 elderly respondents, the average age was 71.26 years for the group of non-participants and 69.49 years for participants, the majority in both groups were female (64.62%), married (62.31%), education for both groups prevailed 1-4 years (65.38%), 80% were retired and 71.54% had income than the minimum wage. The use of the Flanagan's scale had a Cronbach's alpha value of 0, 767 for the total sample, compared between groups α de the Cronbach coefficient was higher for the group of non-participants and 0.751 for the same participants obtained coefficient was 0.609. These results demonstrate the efficiency of the instrument. The average of the scores obtained by applying the Flanagan scale was 70.64 (SD = 13.83) for the group of non-participants, while the group of participants the mean score was higher 86.54 (standard deviation 10.07) It has been to trace the comparative analysis between the group of participants and non-participants on quality of life using the Quality of Life Scale of Flanagan, the group of non-participants showed lower scores on the scale items. It is hoped that this study can reinforce the importance of community groups strategy in promoting active aging and direct strategies of public policies to strengthen this practic

Keywords: older people, Quality of life, Groups of living

Sumário

1	Introdução	21
1.1	Envelhecimento	21
1.2	Transição demográfica	23
1.2	Qualidade de vida.....	25
1.4	Instrumentos de avaliação de qualidade de vida.....	28
1.5	Grupos de Convivência.....	30
1.6	Justificativa do estudo.....	33
1.7	Pergunta do estudo	34
2	Objetivo.....	36
2.1	Objetivo Geral.....	36
2.2	Objetivos Específicos	36
3	Material e Método.....	38
3.1	Tipo de Estudo	38
3.2	Local de realização de estudo	38
3.3	Participantes da pesquisa	41
3.4	Grupo de Convivência.....	42
3.5	Critérios de inclusão	44
3.6	Critérios de exclusão	44
3.7	Instrumentos de coleta de dados	45
3.8	Coleta de Dados	46
3.9	Análise de Dados.....	46
3.10	Procedimentos éticos.....	47
3.11	Produto.....	48
4	Resultados	50
5	Discussão.....	71
6	Conclusão	79
7	Produto.....	81
8	Referências	84

Introdução

1 Introdução

1.1 Envelhecimento

A chegada à terceira idade traz algumas limitações sobre um corpo já muito vivido, nessa fase já não se tem a mesma vitalidade, a mesma rapidez nos movimentos, o mesmo raciocínio rápido e a mesma coordenação motora da época da juventude. O tempo que antigamente era transformado em trabalho hoje se torna disponível à procura de ocupações, e na maioria das vezes os idosos não sabem o que fazer, bem como, não encontram o que fazer para ocupar o tempo livre, devido à falta de oportunidades e de ações direcionadas a esta população.

O processo de envelhecer é dinâmico e progressivo, ao longo do envelhecimento ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Sua dimensão vai além do contexto biológico, e requer, portanto, atenção especial.⁽¹⁾

Como decorrência da queda da mortalidade e da fecundidade no país, aumentou o número de idosos, particularmente, o grupo com mais de 80 anos. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15% ⁽²⁾.

No Brasil, o crescimento dos índices da população acima dos 60 anos é um fenômeno recente e está fortemente relacionado à melhoria da qualidade de vida, à tendência de diminuição do crescimento populacional, ao melhor controle dos agravos e uma intensa urbanização desse grupo etário. Com elevação nos

números da população idosa surge a necessidade de ações em diversos setores da sociedade, na busca de atender de forma digna e integralizada às necessidades inerentes dessa faixa etária mais avançada⁽¹⁾.

Nas últimas décadas, propiciou-se a criação e efetivação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sociais da pessoa idosa devido à elevação das taxas da população idosa. Tornaram-se crescentes as necessidades de implantar estratégias que propiciem autonomia, integração social e qualidade de vida para este grupo etário.⁽³⁾

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece o Conselho Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6. Esta política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente. Inserida neste contexto, a enfermagem tem atuado efetivamente no referido à saúde e educação.⁽⁴⁾

O Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003 foi elaborado com intensa participação de entidades de defesas dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a reposta do estado e da sociedade às necessidades da população idosa, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.⁽⁵⁾

No ano de 2006 foi publicado através da portaria nº399/GM o documento das diretrizes do pacto pela saúde que contempla o pacto pela vida, e neste documento, a saúde do idoso está como uma das seis prioridades a serem cumpridas pelas três esferas de governos, federal, estadual e municipal, sendo apresentada uma série de ações que visam a implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção a Saúde do Idoso. ⁽⁶⁾

Na área da saúde, a enfermagem tem contribuído na abordagem do cuidado em aspectos do processo de envelhecimento (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção de saúde, prevenção de doenças, entre outros); e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgências e emergências, atenção domiciliar, entre outros). ⁽⁷⁾

1.2 Transição demográfica

Atualmente, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, muitos desses, acometidos por doenças crônicas não transmissíveis e também com limitações do corpo. ^(7,8)

Essa transição demográfica que vem ocorrendo nos últimos anos é desencadeada por níveis reduzidos de fecundidade e natalidade e uma diminuição nas taxas de mortalidade. ⁽⁹⁾

Conforme dados do IBGE (2010) a população até 19 anos teve uma redução de 40,1% para 32% enquanto a população de idosos com mais de 70 anos estava em torno de 3,9% no ano de 1999 para 5,1% no ano de 2009. ⁽¹⁰⁾

Até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. ⁽¹⁰⁾

O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. A estimativa de que, em 2050, haverá cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos, frente aos 14 milhões que havia em meados do século 20, preocupa a Organização Mundial da Saúde (OMS). O envelhecimento da população está acontecendo mundialmente, embora cada um esteja em uma fase diferente desta transição. O resultado é que, "em questão de anos", haverá mais idosos acima de 60 anos que crianças com menos de cinco. ⁽¹¹⁾

Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativa de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há de se ressaltar que há correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. ⁽¹²⁾

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. ⁽⁶⁾

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD de 2008 demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relataram ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. ⁽¹³⁾

Presume-se que no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar elevação progressiva da morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos, como relativos.

1.2 Qualidade de vida

“Qualidade de vida” é um termo amplamente abordado, tanto nos meios científicos quanto na vida cotidiana. A OMS (2005) define qualidade de vida como: “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa,

seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminente no ambiente. ⁽¹⁴⁾

A qualidade de vida (QV) não pode ser considerada um passatempo qualquer perante a sociedade, tendo em vista que é um dos principais objetivos a ser atingido durante a vida ⁽¹⁵⁾

Minayo⁽¹⁶⁾ relata sobre o assunto:

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.”

Nesse contexto, a qualidade de vida engloba sentimentos de contentamento perante todo o conjunto de fatores que cercam a vida, e alguns deles não dependem somente do próprio ser, mas de todos os que lhe cercam inclusive o ambiente em que se encontra.

No que se refere à QV, pode se designar a mesma como o sentimento apresentado pelo indivíduo perante sua posição atual na vida, tanto culturalmente como suas expectativas e preocupações. ⁽¹⁷⁾

A QV tem um conceito subjetivo, abrangendo todos os aspectos da vida do ser humano, indiferente se físico, psicológico, social, cultural ou espiritual. No

âmbito da saúde esse aspecto é o fundamento básico para a análise da qualidade de vida. ⁽¹⁸⁾

O termo está relacionado também ao impacto que adoecer causa na capacidade do acometido por qualquer doença em viver plenamente, de acordo com todas as suas necessidades emocionais e físicas, além do seu comportamento diante da situação em que se encontra ⁽¹⁹⁾.

Na avaliação da qualidade de vida do idoso é importante ressaltar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos. ⁽¹⁵⁾

Estudos sobre condições que concebem uma boa qualidade de vida na velhice, bem como variações da própria velhice, revestem-se de grande importância científica e social. ⁽⁴⁾ Através de pesquisas pode-se não apenas contribuir para o entendimento dos limites do ser humano, como também auxiliar na geração de alternativas de intervenção para essa crescente parcela da população. ⁽¹⁶⁾

A Política Nacional do Idoso preconiza que os idosos devem ser estimulados a utilizar plenamente sua capacidade física, social e mental como fator social de acordo com suas necessidades, desejos e possibilidades ou recebendo proteção e cuidados quando necessário. O envelhecimento ativo

pode ser definido como sua participação na vida social, cultural, econômica, familiar, espiritual e civil, mesmo após aposentado. O envelhecimento ativo visa a aumentar a expectativa de vida saudável e qualidade de vida para todas as pessoas com idade avançada, mesmo aquelas mais frágeis que necessitam de cuidados. ^(4,17)

1.4 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida

O critério para se avaliar a qualidade de vida é valorizado a partir da forma de pensar de cada ser humano, tendo como base as circunstâncias nas quais se encontram, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Por essa razão, têm sido propostas diferentes escalas de avaliação de qualidade de vida específicas para determinadas populações de indivíduos. ⁽²⁰⁾

Qualidade de vida é habitualmente verificada através de um conjunto de itens complicados, escalas, domínios e instrumentos. ⁽²¹⁾

Os instrumentos para avaliação de Qualidade de vida podem ser organizados de acordo com a perspectiva que se propõem a avaliar: os que avaliam qualidade de Vida geral, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida ligada a uma doença específica. ⁽²²⁾

Qualidade de vida geral: Derivada de um referencial social. engloba de forma ampla os diferentes componentes de qualidade de vida, fornecendo elementos para compreensão das motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de um indivíduo, em

diferentes domínios de sua vida. Um exemplo de instrumento desta categoria é o instrumento desenvolvido pela OMS, o WHOQOL.⁽²²⁾

Qualidade de vida ligada à saúde: Destaca o estado funcional e senso de bem-estar, porém considera apenas os aspectos diretamente relacionados com a saúde, ou seja, as limitações no funcionamento devidas à doença emocional ou física. Dentro desta categoria, estão todos os instrumentos que enfocam os aspectos 30 da existência afetados pelo fato de estar doente. Um representante deste grupo, e um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo, é o SF-36.⁽²²⁾

Qualidade de vida ligada a uma doença específica: Enfatiza os aspectos específicos de uma determinada doença em relação à qualidade de vida. Um exemplo é o Seattle Angina Questionnaire (SAQ), criado para avaliação de pacientes que sofrem de angina.⁽²²⁾

Na literatura estão descritos instrumentos específicos para serem utilizados com a população idosa como : o *OARS, Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OMFAQ); Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE); Functional Assessment Inventory (FAI); Quality of Life Profile – Seniors Version (QOLLPSV); Geriatric Postal Screening Survey (GPSS); Geriatric Screening Questionnaire (GSQ); IOWA Self-Assessment Questionnaire (ISAI); LEIPAD Perceived Well-Being Scale (PWB); Philadelphia Geriatric Centre Multilevel Assessment Instruments (PGCMAI); Quality of Life Cards (QLC); Quality of Life – Well-Being, Meaning and Value (QLWMV); Self- Evaluation of Life (SELF); SENOTS Program and Battery; Wellness Index (WI).*⁽²³⁾

Considerando a multidimensionalidade, assim como os vários significados associados à definição de qualidade de vida, observados no âmbito das diversas disciplinas, Flanagan propôs uma escala para avaliar tal conceito que é bastante utilizada nos Estados Unidos da América, pela validade e confiabilidade de seus achados, que contempla o grau de satisfação individual ou percebido com relação a cinco dimensões da vida: bem-estar físico e material; relacionamentos; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento e realização pessoal e recreação. ⁽²⁴⁾

Essa escala elaborada por Flanagan foi traduzida para o português em 1998, usada por Hashimoto desde 1996 ⁽¹⁴⁾. Vários autores já aplicaram a escala numa amostra aleatória relativamente extensa e heterogênea e observaram alta credibilidade do instrumento. Em pesquisa realizada em 2006, essa escala foi utilizada em idosos que participavam de um grupo de convivência, os autores concluíram que a Escala de Flanagan é adequado para avaliar a qualidade de vida por ser de fácil compreensão dos participantes ⁽²⁵⁾, sendo esse o fator de decisão para o uso do referido instrumento nessa pesquisa.

1.5 Grupos de Convivência

A vivência dos idosos em grupos demonstra uma qualidade de vida melhor e com um aumento na expectativa de vida. Observa-se a importância dos grupos de terceira idade, no qual predomina o envelhecimento ativo, ou seja, o ser humano em plena maturidade, estabelecendo relações, interagindo

com os demais participantes do grupo e da comunidade, articulando-se com as escolas, com os centros comunitários, com as universidades, com o poder público, tecendo uma rede com parceiros de uma mesma proposta. As atividades de lazer e a convivência em grupo contribuem tanto para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso, quanto para atenuar possíveis conflitos ambientais e pessoais. ⁽²⁶⁾

Os grupos de convivência de idosos vão ao encontro da promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento do idoso. Destaca-se que a educação em saúde, deve estar de acordo com as políticas públicas de saúde que devem considerar a funcionalidade, a autonomia, participação, o cuidado e a autossatisfação. A Política Nacional do Idoso preconiza que os serviços de saúde devem atender às suas necessidades, promovendo a qualificação dos profissionais, bem como o desenvolvimento e facilitação à participação em grupos. ^(27,28)

A Promoção da Saúde é viabilizada pela educação em saúde, processo político de formação para a cidadania ativa, para a ação transformadora da realidade social, e, principalmente, na busca da melhoria na qualidade de vida. A prática educativa pautada no diálogo e na troca de saberes valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia do sujeito no cuidado de sua própria saúde, e o incentivo à participação ativa no controle social, com vistas a contribuir na melhoria das condições de vida e de saúde da população. ⁽²⁸⁾

Ressalta-se que os idosos ao procurarem os grupos buscam um espaço que favoreça a escuta, uma vez que, na maioria dos ambientes familiares, não é permitida a sua participação nas decisões. ⁽²⁹⁾

A atenção em grupos pode contribuir na promoção, proteção e controle de enfermidades crônicas. Observado que, em consultas individuais, o oferecimento de orientações e o desenvolvimento do processo de educação em saúde muitas vezes são insatisfatórios, sendo as reuniões um espaço complementar de troca de informações e estímulo social. ⁽³⁰⁾

Inúmeras pesquisas vêm demonstrando o impacto dos benefícios que os grupos de convívios trazem para os idosos que participam desses momentos. Pois proporciona um suporte social, contribui para minimizar os sentimentos de solidão e abandono. Do mesmo modo, a atividade também parece ser um importante fator, já que ajuda a reforçar no idoso o sentimento de valor pessoal, ao mesmo tempo em que possibilita uma forma de crescimento pessoal. ⁽³¹⁾

Os grupos de convivência estimulam o indivíduo a buscar maior autonomia, melhora sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promove sua inclusão social. O isolamento social pode desencadear consequências no comportamento psicossocial, como medo, ansiedade e depressão. ⁽³²⁾

Quanto mais participativos e integrados em seu ambiente social, menos ônus trarão para a família e para os serviços de saúde ⁽³³⁾. As pessoas que têm maior convivência social vivem mais e com melhor saúde quando comparadas às pessoas com menor contato social ⁽³⁴⁾ A pobreza de relações sociais tem sido considerada um fator de risco à saúde, tão danoso quanto o fumo, a pressão

arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física ⁽¹⁵⁾. Sendo assim a interação social para o idoso é uma forte estratégia garantir melhor qualidade de vida. ⁽³⁵⁾

Se faz necessário à implementação de ações em favor das populações que envelhecem, com políticas de caráter mais preventivo e menos curativo, mais promocional e menos assistencial, capazes de contribuir para a manutenção da qualidade de vida. ⁽¹⁾

Um envelhecimento saudável depende da interação multidimensional de vários fatores. No Brasil ainda são poucos os trabalhos que exploram um modelo que combine a idade, o sexo, o arranjo familiar, o estado conjugal, a educação, a renda, as doenças crônicas e a capacidade funcional. ⁽³⁾

1.6 Justificativa do estudo

A relevância deste estudo justifica-se em avaliar as variáveis sócio-demográficas, e de qualidade de vida, com a intenção de aprofundar o conhecimento sobre a temática, de forma a propor estratégias de assistência ao idoso de forma integral e para que se estimulem ações nas políticas públicas que enfatizem e priorizem a população idosa.

1.7 Pergunta do estudo

Como se configura a qualidade de vida de idosos que participam de um grupo de convivência em relação a idosos que não participam do grupo de convivência no município de Barão de Antonina – SP.

Objetivo

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida entre idosos que não participam e idosos que participam do grupo de convivência no município de Barão de Antonina, SP.

2.2 Objetivos Específicos

- Comparar os idosos que participam e não participam do grupo de convivência quanto a fatores demográficos e socioeconômicos dos idosos : sexo, idade, escolaridade, renda do idoso e da família, situação conjugal e arranjo familiar, serviço de saúde que utiliza e religião.
- Comparar os idosos que participam e não participam do grupo de convivência quanto a fatores de dependência: necessidade de cuidador, quem é o cuidador, avaliação da memória, comparação da memória com o ano anterior.

Material e Método

3 Material e Método

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal do tipo observacional, realizado no município de Barão de Antonina, Estado de São Paulo, com a população idosa adscrita.

3.2 Local de realização de estudo

O município de Barão de Antonina possui uma extensão de 127 Km². Localizado na região sudoeste do Estado de São Paulo, encontra-se a uma distância aproximada de 380 Km da capital São Paulo, e faz fronteira com o Estado do Paraná, distante 7,2 Km do município de Salto do Itararé / PR. Sua área é de 154,92 Km² representando 0.0624% do Estado, 0.0168% da Região e 0.0018% de todo o território brasileiro, com Índice Desenvolvimento Humano (IDH) de 0.706 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000), sendo classificado em 631 lugar no estado. Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) que exprime sinteticamente um conjunto de dimensões para mensurar as condições de vida da população, como riqueza, longevidade e escolaridade, que se classifica de 1 a 5, os municípios com

melhores indicadores estão classificados até 3, a classificação entre 4 e 5 correspondem, respectivamente, a uma baixa riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade ou baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade. O município de Barão de Antonina atualmente está classificado com 4.

A população do município é estimada em torno de 3.220 habitantes conforme dados do IBGE. Chama a atenção o percentual de população idosa do município que está estimado em 523 idosos, uma taxa de 16,2% de habitantes acima de 60 anos, sendo essa taxa superior à taxa da Diretoria Regional de Saúde de Bauru que está em torno de 14,2% e também supera a taxa estadual que está estimada em 12,9% segundo a fundação SEADE.

Barão de Antonina compõe a região de saúde do Vale do Jurumirim, região que pertence à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 09- Bauru, constituída na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI.

A base da atividade econômica no município é a agropecuária e em pequeno porte. O município não tem geração de trabalho. A maior parte da população vive de trabalho sazonal e diaristas (bóia-fria). Sem arrecadação própria, a única fonte de recursos do município são os repasses efetuados pelo estado e a união.

O município apresenta um grande problema de estrutura financeira e social, o que reflete diretamente na área da saúde, social e econômica.

No município de Barão de Antonina:

- 78,03% de residências servidas com abastecimento de água;
- 21,97% das residências utilizam água de poço ou nascente;
- 68,30% têm rede de esgoto;
- 91,57% do lixo: coleta pública;
- 7,72% do lixo: queimados ou enterrados;
- 0,70% do lixo: dispensados a céu aberto.

* Fonte de Informação: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 2011

O município necessita de investimentos em saneamento básico; na área da saúde, investir com o desenvolvimento de ações nos Programa de Hipertensão, Diabetes, Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e saúde do idoso.

O saneamento básico é efetuado pela SABESP, onde 90% da zona urbana contam com rede de água e 60% com rede de esgoto, que tem seu destino final em córregos e mananciais sem o devido tratamento necessário.

A rede de serviços instalada no município se constitui em apenas uma Unidade Básica de Saúde Municipal e uma equipe de Estratégia de Saúde da Família que tem cobertura de 100 % da população adscrita, e academia da saúde.

A unidade de saúde tem seu funcionamento em cinco dias por semana no período de 7:00 as 17:00h, com atendimento médico ambulatorial de demanda espontânea em clínica médica básica, e também com demanda agendada,

serviços de Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Enfermagem, Laboratório de Análises Clínicas e atendimentos de urgências. Nesta Unidade contamos com uma sala de vacina, posto de Enfermagem, sala de pré-consulta e três consultórios médicos para atendimento ambulatorial. O serviço conta ainda com fichário, farmácia, agendamento, sala de inalação, sala de aplicação de medicamento injetáveis, sala de curativos, de pequenos procedimentos cirúrgicos (que são realizados estes no mesmo ambiente), de esterilização, unidade de transportes, vigilância em saúde e agendamento externo.

Os serviços produzidos no âmbito municipal pelos profissionais de saúde são os serviços de atendimento clínico ambulatorial e de urgência, e as ações de promoção e prevenção da saúde.

3.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa se deu com 130 idosos (60 anos ou mais), dos quais 65 idosos que participam regularmente do grupo de convivência promovida pela parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do município de Barão de Antonina- SP e 65 idosos, sorteados na população, que não tenham participação do grupo de convivência que aceitaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

3.4 Grupo de Convivência

O grupo de Convivência do município de Barão de Antonina deu início às suas atividades no ano de 2012, através de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, que tinha como objetivo elaborar ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e promoção de desenvolvimento social, almejando alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, de acordo com as necessidades específicas dessa população.

Devido ao fato de uma crescente demanda de idosos potencialmente dependentes em busca de serviços públicos, justificava-se a elaboração do projeto. Portanto, a proposta de realização do grupo de convívio vem de encontro à necessidade desta demanda, bem como das expectativas levantadas com diagnóstico da realidade, enquanto instrumento de relevância para a melhoria dos serviços prestados e conseqüentemente melhoria da qualidade de vida dos cidadãos e à construção de políticas públicas de inclusão direcionada a terceira idade.

O grupo de convivência é desenvolvido através de ações diretas comunitárias, com trabalho socioeducativo, por meio de atividades programadas em conjunto com parcerias, a serem realizadas de acordo com os itens: atividades lúdicas e socioeducativas, para convivência em grupo/educação social/desenvolvimento/pleno do público alvo.

Citam-se como atividades desenvolvidas pelo grupo de convivência de forma semanal as atividades de Pilates e treinamento funcional e hidroginástica,

que é conduzida por um educador físico, nas dependências do campo de futebol municipal, neste recinto também está localizada a piscina municipal onde são ministradas as aulas de hidroginástica. Também semanalmente ocorrem as oficinas de artesanato com um profissional capacitado para o desempenho dessas atividades no prédio da secretaria municipal de desenvolvimento social, vale ressaltar que para essas atividades semanais os idosos são organizados em grupos com no máximo 10 idosos, para que possam receber a atenção necessária.

Quinzenalmente ocorre a reunião geral, onde todos os idosos se reúnem, com média de 50 participantes, para atividades como palestras dos mais diversos assuntos relevantes a essa população, educação em saúde atividades de recreação, festividades. Nesse encontro todos os idosos tem a pressão arterial verificada e anotada por profissionais da enfermagem, e na ocasião de alteração dos níveis pressóricos são orientados a procurar atendimento médico para avaliação mais criteriosa e se necessários encaminhados à unidade de saúde para atendimento. E ao término desse encontro é ofertado um lanche para todos os presentes.

Além do professor de educação física e do instrutor de artesanato outros profissionais estão envolvidos como: duas assistentes sociais, duas enfermeiras, seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, e uma psicóloga que permaneceu até o meio do ano de 2015.

Durante o ano são organizados passeios fora do município para os participantes do grupo.

Hoje a grande dificuldade encontrada pelos profissionais no desenvolvimento das atividades é a falta do profissional psicólogo.

No ano de 2015 foi concluída a construção e aguarda a inauguração do centro de convivência do idoso (CCI), que é um espaço de convivência, socialização, lazer e atividades onde os idosos com mais de 60 anos podem frequentar, ou seja, trata-se de um equipamento de proteção básica de caráter preventivo, colaborando para o envelhecimento ativo, com mais saúde e autônomo. Esse centro faz parte de algumas das ações desenvolvidas pelo governo do Estado de São Paulo para a promoção do envelhecimento ativo.

3.5 Critérios de inclusão

Indivíduos com 60 anos ou mais que tenham participação regular no grupo de convivência que é realizado quinzenalmente.

Indivíduos com 60 anos ou mais que não tenham participação no grupo de convivência.

3.6 Critérios de exclusão

Presença de déficit cognitivo e que comprometa a compreensão dos questionamentos, e pacientes portadores de patologias mais complexas.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado (**ANEXO 2**) composto de duas partes: a primeira parte de dados foi composta de dados sócio-demográficos dos participantes do estudo com as variáveis: idade, sexo, cor da pele, estado civil, qual o local de residência, tempo de moradia, número de pessoas na residência, quem são as pessoas com quem mora, quem é o chefe da família, tem cuidador, quem é o cuidador, religião, tipo de serviço de saúde que utiliza, sabe ler e escrever, escolaridade em anos, renda mensal do idoso, renda mensal da família, tipo de renda, como avalia as necessidades básicas, avaliação da memória, comparação da memória com o ano anterior.

A segunda parte do questionário foi construída para a avaliação da qualidade de vida, onde se optou pela Escala de Qualidade de Vida de Flanagan⁽³⁶⁾. Tendo como enfoque as cinco dimensões de vida: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e recreação. Essas dimensões são mensuradas com quinze itens nos quais o respondente tinha opções de resposta, que vai de “muito insatisfeito” (escore 1) até “muito satisfeito” (escore 7). A pontuação máxima alcançada na avaliação de Qualidade de Vida proposta pela é de 105 pontos e a mínima de 15 pontos, que refletem baixa qualidade de vida.

3.8 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas, em domicílio, de março a julho de 2015. A entrevista foi realizada pela própria pesquisadora, até alcançar o número de 130 idosos.

A relação dos idosos que participam do grupo de convivência foi obtida através da lista de presença dos encontros. A relação dos idosos que não participam foi obtida através de lista fornecida pelos Agentes Comunitários de Saúde, cada idoso recebeu um número e através de um programa específico de computador foi sorteado de forma aleatória os participantes.

3.9 Análise de Dados

Os dados coletados através do formulário foram revisados e posteriormente digitados em um banco de dados no programa EXCEL.

Após análise de consistência, mediante comparação de questões relacionadas, foi feita a análise estatística dos dados.

A análise descritivas das variáveis sócio-demográficas foi feita calculando frequência e porcentagem para as variáveis qualitativas e média e desvio padrão para as quantitativas. A comparação entre os grupos (participantes e não

participantes) foi feita, no caso de variáveis qualitativas, pelo teste qui-quadrado e, no caso de variáveis quantitativas, pelo teste t de Student.

A determinação de consistência e coerência do instrumento de coleta de dados foi verificado por meio da utilização do Coeficiente α de Cronbach.

Os domínios de Flanagan foram obtidos aplicando a análise fatorial e extraindo os componentes principais usando rotação varimax.

Os dados foram analisados pelo programa S.A.S 9.3 software for WINDOWS.

3.10 Procedimentos éticos

Primeiramente o projeto foi encaminhado para aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do município de Barão de Antonina, e pelo Departamento de Enfermagem da FMB-UNESP e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp através Plataforma Brasil. O projeto recebeu parecer favorável através do protocolo CAAE nº **40118314.0.0000.5411**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue aos indivíduos que aceitarem participar da pesquisa.

3.11 Produto

Folder de divulgação do grupo de convivência dando ênfase aos benefícios que são conquistados na participação, para ser trabalhado por todos os membros da equipe de saúde e também pelos membros secretaria de desenvolvimento social do município de Barão de Antonina.

Resultados

4 Resultados

Foram entrevistados 130 idosos, sendo 65 idosos que tem participação regular no grupo de convivência que é realizado no município e 65 idosos que nunca participaram do grupo.

A idade dos idosos que aceitaram participar do estudo variou de 60 a 90 anos, sendo que a média de idade foi 69 anos para os idosos participantes e 71 anos para os não participantes, não havendo diferença significativa entre os grupos, observa-se que em ambos os grupos a idade média está próxima da expectativa média de vida do brasileiro atualmente que está estimada em 74,6 anos de vida segundo dados do IBGE, com relação ao tempo de moradia na residência os idosos não participantes apresentaram uma média maior de 23,27 anos de permanência na mesma residência com relação aos participantes que foi de 18,27 anos.

Tabela 1- Comparação de idade e tempo de moradia entre os participantes e não participantes com valores expressos em média, desvio-padrão e valor de p Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	Média (DP)		Valor de p
	Participantes	Não Participantes	
Idade (anos)	69.49 (6.04)	71.26(7.85)	0.1525
Quanto tempo mora na residência	18.27 (13.75)	23.27 (15.43)	0.0534

* teste t de Student

No que se refere à caracterização dos participantes do estudo, foram investigados o sexo, cor, estado civil e religião (Tabela 2). Pode-se observar

que o sexo feminino predominou dentro dos dois grupos, sendo que o grupo de não participantes foi composto por 53,85% de mulheres e o grupo de participantes por 75,38% de mulheres, a cor referida pelos participantes da pesquisa teve como maioria em ambos os grupos a cor branca, sendo 61,54% para o grupo dos não participantes e 64,62% para os participantes, em ambos os grupos os idosos referiram estar casados, e a religião católica teve a sua maioria informada pelos grupos, apenas dois idosos, sendo um de cada grupo mencionaram não ter religião.

Tabela 2- Associação entre as variáveis dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	N (%)			Valor de p	
	Participantes	Não Participantes	Total		
Sexo	Feminino	49(75,38%)	35(53,85%)	84 (64,62%)	0,012
	Masculino	16(24,62%)	30 (46,15%)	46(35,38%)	
Cor	Branca	42(64,62%)	40(61,54%)	82 (63,08%)	0,2289
	Parda	17(26,15%)	23 (35,38%)	40(30,77%)	
	Preta	6(9,23%)	2(3,08%)	8(6,16%)	
Estado civil	Solteiro	5(7,69%)	3(4,62%)	8(6,16%)	0,1112
	Casado	41(63,08%)	40(61,54%)	81(62,31%)	
	Separado	7(10,77%)	2(3,08%)	9(6,93%)	
	Viúvo	12(18,46%)	20(30,77%)	32(24,62%)	
Religião	Católica	49(75,38%)	49((75,38%)	98 (75,38%)	1,000
	Evangélica	15(24,62%)	15(24,62%)	30(24,62%)	

*Teste qui-quadrado

A Tabela 3 apresenta uma descrição dos idosos considerando escolaridade e a capacidade referida dos idosos em saber ler e escrever:

Tabela 3- Associação entre os dados de escolaridade dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	N (%)			Valor de p
	Participantes	Não Participantes	Total	
0	11(16,92%)	12(18,46%)	23(17,69%)	0,3125
1-4	38(58,46%)	47(72,31%)	85 (65,38%)	
5-8	12(18,46%)	5(7,69%)	17(13,09%)	
Escolaridade				
Mais de 8	10(15,38%)	4(6,16%)	14(8,47%)	
Sabe ler e escrever	55(84,62%)	51(78,46%)	106(81,54%)	0,3659
Não sabe ler e escrever	10(15,38%)	14(21,54%)	24(18,46%)	

*Teste qui-quadrado

De acordo com a Tabela 3 em relação à escolaridade e a capacidade referida de saber ler e escrever, não ocorreu diferença significativa entre os dois grupos estudados, a maioria dos idosos referem ter frequentado em torno de um a quatro anos da escola totalizando 65,38% da amostra geral, e apenas 8,47% da amostra total dos idosos relataram ter frequentado mais de oito anos a escola. Levando-se em conta os grupos, a maioria dos idosos não participantes apresentava de 1 a 4 anos (72,31%) e a maioria dos idosos participantes

apresentava de 1 a 4 anos (58,46%). Quando os grupos foram questionados a respeito da capacidade de saber ler e escrever, um total de 18,46% dos idosos se julgaram incapazes de realizar a leitura e a escrita.

Tabela 4- Associação dos dados sobre renda dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	N(%)			Valor de p	
	Participantes	Não Participantes	Total		
Renda do idoso	Sem renda	7(10,77%)	3(4,62%)	10(7,69%)	0,2744
	Menos de 1 salário	2(3,08%)	2(3,08%)	4(3,08%)	
	1 salário	44(67,69%)	49(75,38%)	93 (71,54%)	
	Mais de 2 salários	12(18,46%)	11(16,93%)	24(18,48%)	
Renda Familiar (excluindo a renda do idoso)	Sem renda	15(23,10%)	25(38,50%)	40(30,77%)	0,3422
	Menos de 1 salário	0 (0,0%)	1(1,54%)	1(0,77%)	
	1 salário	11(16,94%)	8(12,32%)	19(14,62%)	
	Mais de 2 salários	38 (58,52%)	32(49,28%)	70(53,90%)	
Tipo de Renda	Sem renda	7(10,77%)	3(4,62%)	10(7,69%)	0,0799
	Aposentadoria/Pensão	51(78,54%)	53(81,62%)	104(80,00%)	
	Outras Rendas	7(10,78%)	9(13,86%)	16(12,31%)	

*Teste qui-quadrado

A Tabela 4 demonstra que a renda da maioria dos idosos situa-se na faixa de um salário mínimo tendo como referência o salário mínimo do ano de 2015 (R\$ 790,00) reais. Dos 130 idosos que responderam a questão sobre sua renda,

71,54% dos idosos sobrevive com apenas um salário mínimo, 18,48% dos idosos declaram receber mais de dois salários mínimos, 7,69% não tem renda, 3,08% referem receber menos que um salário mínimo. Com relação aos rendimentos do idoso e sua família e tipo de renda não ocorreu diferença estatística significativa entre os grupos.

Com relação à renda mensal da família dos idosos, apresentada pela Tabela 4, 53,90% dos idosos referem à renda familiar maior que dois salários mínimos, 14,62% das famílias têm apenas um salário mínimo, mas em contrapartida 30,77% das famílias não tem nenhum rendimento a não ser a do idoso.

Quanto à fonte de renda observa-se na Tabela 4 que os recursos financeiros são advindos em 80% dos idosos da aposentadoria, 12,31% referem outras formas de rendimento como aluguel de imóveis, bolsas assistenciais e trabalho próprio e 7,69% informam não ter nenhum tipo de renda.

Tabela 5- Associação dos dados sobre renda dos participantes e não participantes sobre arranjo familiar dos participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável		N (%)			Valor de <i>p</i>
		Participantes	Não Participantes	Total	
Quantas pessoas residem na casa	1	12(18,46%)	13(20,00%)	25(19,23%)	0,0133
	2	43(66,15%)	26(40,00%)	69(53,08%)	
	3 ou mais	10(23,07%)	26(39,23%)	36(27,72%)	
Com quem mora	Sozinho	12(18,46%)	13(20,00%)	25(19,23%)	0,0046
	Cônjuge	37(56,92%)	21(32,31%)	58(44,62%)	
	Cônjuge e filhos	3(4,62%)	14(21,54%)	17(13,08%)	
	Somente com filhos	7(10,77%)	4(6,15%)	11 (8,46%)	
	Com filhos e netos	3(4,62%)	8(12,31%)	11 (8,46%)	
	Outros	3(4,62%)	5 (7,70%)	8(6,16%)	
Responsável da Família	Próprio idoso	42(64,68%)	45(69,30%)	87(66,92%)	0,2379
	Conjuge	22(33,88%)	15(23,10%)	37(28,46%)	
	Filho	1(1,54%)	4(6,15%)	5(3,85%)	
	Outro familiar	0(0,00%)	1(1,54)	1(0,77%)	
Tem cuidador	Sim	0(0,00%)	7(10,77%)	7(5,38%)	0,0065
	Não	65(100,00%)	58(89,23%)	123(94.62%)	

*Teste qui-quadrado

Dos 130 idosos entrevistados, mais da metade, 53,08%, residiam em domicílios com duas pessoas. Os demais 27,72 % vivem com mais de três pessoas e somente 19,23% dos idosos viviam sozinhos.

No presente estudo, encontramos diferentes tipos de arranjos familiares, conforme Tabela 5. Nas famílias dos idosos entrevistados predominou os arranjos em que o idoso vive somente com o cônjuge (44,62%), vive sozinho (19,23%), com cônjuge e filhos (13,08%), somente com filhos (8,46%), com filhos e netos (8,46%) e outros tipos de arranjos (6,16%). Com relação a ser responsável da família, o estudo apontou que em mais da metade das famílias o responsável familiar era o idoso, (66,92%) o próprio idoso, (28,46%) o cônjuge, (3,85%) o filho e outro familiar considerou (0,77 %) da amostra.

Com relação ao questionamento sobre a necessidade de um cuidador a Tabela 5 aponta que 94,62% dos idosos negam a necessidade de um cuidador, 5,38% que necessitam de cuidador informam que são os próprios filhos que realizam este tipo de cuidado para com eles. Os idosos que relatam a necessidade de cuidador fazem parte do grupo dos não participantes, o que totaliza em torno de 10,77% da população deste grupo, sobre o mesmo questionamento para o grupo de participantes, os todos os idosos negam a necessidade de um cuidador.

As variáveis quantas pessoas residem na casa, com quem mora e tem cuidador apresentadas na Tabela 5 que mostraram diferença significativa entre os grupos dos participantes e não participantes.

Tabela 6- Associação dos dados sobre serviços de saúde utilizados pelos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	N (%)			Valor de p
	Participantes	Não Participantes	Total	
SUS	64(98,46%)	59(90,77%)	123(94,62%)	
Serviço de saúde que utiliza	Convênio	0(0,00%)	2(3,08%)	0,2403
	Particular	1 (1,54%)	3(4,62%)	
	Farmácia	0 (0,00%)	1(1,54%)	

*Teste qui-quadrado

A Tabela 6 apresenta associação dos dados dos serviços de saúde mais utilizados pelos os idosos participantes da pesquisa, sendo 94,62% dos entrevistados foi o Sistema Único de Saúde (SUS). O grupo dos não participantes apresentou 90,77% usuários dependentes do SUS, 4,62% dos idosos que procuram o serviço particular, 3,08% que possuem convênio de saúde e a farmácia são utilizados por 1,54% dos idosos deste grupo. Para o grupo dos participantes apenas 1,54% referem buscar o serviço particular, os demais idosos que somam 98,46% utilizam o SUS como serviço de saúde.

Tabela 7- Associação dos dados sobre as necessidades básicas dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável		N(%)			Valor de <i>p</i>
		Participantes	Não Participantes	Total	
Necessidades Básicas	Muito boa-boa	40(61,53%)	45(69,23%)	85(65,38%)	0,583
	Regular	23(35,38%)	19(29,23%)	42(32,31%)	
	Ruim – Péssima	2 (3,08%)	1(1,54%)	3(2,31%)	

*Teste qui-quadrado

A Tabela 7 apresenta a associação dos dados sobre a avaliação das necessidades básicas para se viver como alimentação, moradia, saúde, transporte, lazer, a grande maioria dos idosos, 65,38% avaliam a sua satisfação como muito boa e boa, 32,31% julgam como regular, e 2,31% consideram as necessidades básicas de ruim a péssima. Na comparação dos grupos não ocorreu diferença significativa, os não participantes consideram as necessidades básicas como muito boa ou boa em um total de 69,23%, 29,23% como regular e 1,54% como ruim a péssima, e para o grupo dos participantes 61,53% consideram como muito boa a boa, 35,38% como regular e 3,08% de ruim a péssima. Não houve diferença significativa entes os grupos.

Tabela 8- Associação dos dados sobre a memória e comparação com ano anterior dos participantes e não participantes com valores expressos em frequência e porcentagem. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável		N(%)			Valor de p
		Participantes	Não Participantes	Total	
Memória	Muito boa-boa	35(53,84%)	39(60,00%)	74(56,93%)	0,7991
	Regular	25(38,46%)	22(33,85%)	47(36,15%)	
	Ruim – Péssima	5(7,69%)	4(6,15%)	9(6,93%)	
Comparação com ano anterior	Melhorou	7(10,77%)	5(7,69%)	12(9,23%)	0,8261
	Igual	40(61,54%)	42(64,62%)	82(63,08%)	
	Piorou	18(27,69%)	18(27,69%)	36(27,69%)	

*Teste qui-quadrado

A Tabela 8 demonstra a associação dos dados sobre memória. Quando indagados sobre a memória e comparação da mesma com o ano anterior, 56,93% da amostra total dos idosos avaliam a memória como muito boa ou boa, 36,15% consideram como regular e 6,93% como ruim ou péssima, e na comparação com o ano anterior 63,08% dos idosos informam que não perceberam diferença, 27,69% avaliam que tiveram uma piora e apenas 9,23% dizem ter percebido uma melhora na memória. Na comparação entre os grupos não ocorreu diferença significativa entre os grupos, do grupo dos não participantes, 60% avaliam a memória como muito boa a boa, 33,85% como regular e 6,15% como ruim a péssima, os resultados dos não participantes com relação à comparação ao ano anterior revela que 64,62% não perceberam diferença, 27,69% apresentaram piora e 7,69% perceberam melhora, para o

grupo dos participantes 53,84% avaliam a memória como muito boa a boa, 38,46% como regular e 7,69% como ruim a péssima, com relação à comparação com o ano anterior 61,54% não perceberam diferença, 27,69% informam a piora e 10,77% relatam a melhora na memória se comparando com o ano anterior. Observa-se que para os dois grupos a questão da memória se manteve de forma bastante homogênea nas respostas.

A qualidade de vida dos idosos foi avaliada através dos 15 itens agrupado em cinco fatores da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF) conforme estão apresentados na Tabela 9. A média dos escores foi de 70,64 (desvio padrão de 13,83) para o grupo dos não participantes, enquanto que o grupo dos participantes a média do escore foi maior 86,54 (desvio padrão de 10,07). O coeficiente α de Cronbach obtido foi de 0,767 para o total da amostra, em comparação entre os grupos o coeficiente α de Cronbach foi maior para o grupo dos não participantes 0,751 e para os participantes o mesmo coeficiente obtido foi de 0,609. Esses resultados demonstram a eficiência do instrumento, pois um valor para α maior que 0,600 significa que houve consistência entre o instrumento e a população do estudo.

Tabela 9 - Comparação dos dados dos domínios conforme a Escala de Flanagan, dos participantes e não participantes com valores expressos em média, desvio-padrão. Barão de Antonina, SP, 2015.

Variável	Média (DP)		Valor de <i>p</i>
	Participantes	Não Participantes	
Domínio 1: Bem estar físico e material	18,09 (2,08)	17,72(2,70)	0,377
Domínio 2: Relações com outras pessoas	18,83(2,39)	17,15 (3,88)	0,0037
Domínio 3: Atividades sociais, comunitárias e cívicas	14,40(4,40)	9,20(4,74)	<0,0001
Domínio 4: Desenvolvimento pessoal e realização	16.54(4,44)	14,88(4,72)	0,0406
Domínio 5: Recreação	18.67 (2.84)	11.69(4.31)	<0,0001
Score	86,54(10,07)	70,64(13,83)	<0,0001

*teste t de Student

A extração dos fatores considerados importantes pelos idosos sobre a qualidade de vida foi obtido utilizando-se uma análise fatorial com rotação *varimax*, considerando um ponto de corte em 0,5000 para os autovalores fornecidos pela análise. Dos 15 itens que contem a escala de Flanagan, apenas 12 itens foram considerados na análise, já que os demais não apresentaram cargas fatoriais suficientes para serem considerados.

A Tabela 10 apresenta um demonstrativo da análise fatorial com os itens considerados na análise e a identificação dos fatores importantes para a qualidade de vida referenciada pelos idosos.

Tabela 10 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 130 idosos na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.

ENUNCIADOS DA ESCALA FLANAGAN	Carga Fatorial
FATOR 1: Desenvolvimento pessoal e realização (Variância 24,47% e Auto-valor 3,671)	
Item 13: Encontra-se com outras pessoas e fazer coisas juntas	0,872
Item 15: Participar de atividades recreacionais e esportivas	0,806
Item 9: Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais	0,645
FATOR 2: Bem-estar físico e material (Variância 10,74% e Auto-valor 1,611)	
Item 5: Relacionamento com esposo(a) ou parceiro(a)	0,713
Item 1: Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira	0,654
Item 2: Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia	0,645
FATOR 3: Atividades sociais, comunitárias e cívicas (Variância 10,55% e Auto-valor 1,583)	
Item 10: Autoconhecimento	0,801
Item 11: Trabalho no emprego ou em casa	0,720
Item 6: Relacionamento com amigos	0,621
FATOR 4: Relações com outras pessoas (Variância 7,72% e Auto-valor 1,159)	
Item 3: Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: conviver e ajudar	0,857
Item 4: Ter e criar filhos	0,757
FATOR 5: Recreação (Variância 6,88% e Auto-valor 1,032)	
Item 14: Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema	0,670

Os 130 idosos de Barão de Antonina, São Paulo, consideraram os fatores desenvolvimento pessoal e realização como o primeiro fator importante para obter qualidade de vida, seguido de bem estar físico e material, atividades sociais, comunitárias e cívicas e, relações com outras pessoas e por último, recreação. Dos quinze itens contidos na EQVF, foram excluídos o item referente a ajudar e apoiar outras pessoas (Item 7), participação em associações comunitárias e atividades de interesse público(Item 8) e a capacidade de se comunicar criativamente (Item 12) porque não apresentaram carga fatorial dentro do ponto de corte estabelecido para esse estudo.

A Tabela 11 apresenta um demonstrativo da análise fatorial com os itens considerados na análise e a identificação dos fatores importantes para a qualidade de vida referenciada pelos idosos não participantes do grupo de convívio.

Tabela 11 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes principais que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 65 idosos não participantes do grupo de convívio na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.

ENUNCIADOS DA ESCALA FLANAGAN	Carga Fatorial
FATOR 1: Desenvolvimento pessoal e realização (Variância 24,14% e Auto-valor 3,622)	
Item 11: Trabalho no emprego ou em casa	0,802
Item 10: Autoconhecimento	0,763
Item 2: Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia	0,681
FATOR 2: Atividades sociais, comunitárias e cívicas (Variância 12,87% e Auto-valor 1,931)	
Item 15: Participar de atividades recreacionais e esportivas	0,846
Item 13: Encontra-se com outras pessoas e fazer coisas juntas	0,800
Item 8: Participação em associações comunitárias e atividades de interesse público	0,522
FATOR 3: Relações com outras pessoas (Variância 10,39% e Auto-valor 1,559)	
Item 3: Relacionamento com pais, irmãos e outros	0,841
Item 4: Ter e criar filhos	0,819
FATOR 4: Bem-estar físico e material (Variância 7,91% e Auto-valor 1,186)	
Item 9: Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais	0,754
Item 12: conseguir se comunicar	0,602
Item 1: Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira	0,585
FATOR 5: Recreação (Variância 7,41% e Auto-valor 1,111)	
Item 7: Ajudar e apoiar outras pessoas	0,808
Item 6: Relacionamento com amigos	0,506

Os 65 idosos que não tem participação no grupo de convívio consideraram os fatores desenvolvimento pessoal e realização como o primeiro fator importante para obter qualidade de vida, seguido de atividades sociais, comunitárias e cívicas, relações com outras pessoas, bem estar físico e material, e, e por último, recreação. Dos quinze itens contidos na EQVF, foram excluídos o item referente ao relacionamento com esposo(a) ou parceiro (a) (Item 5), relacionamento com amigos (Item 6) e ouvir música, ler, assistir televisão ou ir ao cinema foram excluídos devido o ponto de corte.

A Tabela 12 apresenta um demonstrativo da análise fatorial com os itens considerados na análise e a identificação dos fatores importantes para a qualidade de vida referenciada pelos idosos participantes do grupo de convívio

Tabela 12 – Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida da amostra de 65 idosos participantes do grupo de convívio na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.

ENUNCIADOS DA ESCALA FLANAGAN	Carga Fatorial
FATOR 1: Atividades sociais, comunitárias e cívicas (Variância 18,63% e Auto-valor 2,795)	
Item 6: Relacionamento com amigos	0,773
Item 10: Autoconhecimento	0,766
Item 11: Trabalho no emprego ou em casa	0,706
FATOR 2: Desenvolvimento pessoal e realização (Variância 12,92% e Auto-valor 1,938)	
Item 13: Encontra-se com outras pessoas e fazer coisas juntas	0,748
Item 9: Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais	0,747
Item 15: Participar de atividades recreacionais e esportivas	0,740
FATOR 3: Bem-estar físico e material (Variância 11,52% e Auto-valor 1,729)	
Item 5: Relacionamento com esposo(a) ou parceiro(a)	0,790
Item 1: Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira	0,752
FATOR 4: Relações com outras pessoas (Variância 11,14% e Auto-valor 1,671)	
Item 3: Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: conviver e ajudar	0,755
Item 4: Ter e criar filhos	0,572
FATOR 5: Recreação (Variância 8,14% e Auto-valor 1,221)	
Item 14: Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema	0,800

Os 65 idosos que tem participação no grupo de convívio consideraram as atividades sociais, comunitárias e cívicas como o primeiro fator importante para obter qualidade de vida, seguido de desenvolvimento pessoal e realização, bem

estar físico e material, relações com outras pessoas, e por último, a recreação. Dos quinze itens contidos na EQVF, foram excluídos o item referente saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia (Item 2), ajudar e apoiar outras pessoas (Item 7), participação em associações comunitárias e atividades de interesse público (Item 8) e capacidade de se comunicar criativamente foram excluídos devido o ponto de corte .

A Tabela 13 mostra um comparativo das dimensões da Escala de Qualidade de Vida proposta por Flanagan e a escala obtida pela análise dos dados obtidos dos idosos.

Tabela 13 - Demonstrativo de comparação das dimensões da EQVF e as identificadas na amostra de 130 idosos na cidade de Barão de Antonina, SP, 2015.

DIMENSÕES DA EQVF	DIMENSÕES IDENTIFICADAS NA AMOSTRA		
	Não Participantes	Participantes	Total
Bem estar físico e material	Desenvolvimento pessoal e realização	Atividades sociais, comunitárias e cívicas.	Desenvolvimento pessoal e realização
Relações com outras pessoas	Atividades sociais, comunitárias e cívicas.	Desenvolvimento pessoal e realização	Bem estar físico e material
Atividades sociais, comunitárias e cívicas	Relações com outras pessoas	Bem estar físico e material	Atividades sociais, comunitárias e cívicas.
Desenvolvimento pessoal e realização	Bem estar físico e material	Relações com outras pessoas	Relações com outras pessoas
Recreação	Recreação	Recreação	Recreação

Conforme a demonstração das comparações das dimensões da EQVF e as identificadas nas amostras desse estudo observa-se as diferenças sobre conceito de qualidade de vida proposta por Flanagan e as que são consideradas pelos idosos de Barão de Antonina, como principal na determinação de sua qualidade de vida, em ambos os grupos.

Tabela 14 – Comparação de média e desvio-padrão da versão original, três versões validadas, versão de Botucatu-SP e deste estudo.

Item	Inglês	Suécia	Noruega	Hebreu	Botucatu- SP	Neste estudo		Total
	N=584	N=100	N=282	N=100	N=361	Não Participantes	Participantes	
1	5,6(1,0)	5,7(1,4)	5,5(1,3)	4,3(1,8)	5,9(1,1)	5,83(1,32)	6,08(0,96)	5,95(1,16)
2	3,9(1,4)	3,9(1,6)	4,4(1,5)	2,3(1,5)	5,4(1,4)	5,34(1,44)	5,46(1,54)	5,40(1,49)
3	5,3(1,1)	6,0(1,0)	5,5(1,5)	5,9(1,2)	6,0(1,0)	6,55(1,00)	6,55(0,95)	6,55(0,97)
4	5,6(1,2)	5,6(1,6)	6,7(1,2)	5,9(1,2)	5,9(1,2)	6,17(1,63)	6,74(0,99)	6,45(1,37)
5	5,5(1,4)	5,6(1,6)	5,5(1,6)	5,8(1,2)	5,3(1,7)	5,26(1,97)	5,72(1,57)	5,49(1,79)
6	5,4(1,1)	6,2(0,9)	5,9(1,1)	5,4(1,6)	5,7(1,2)	5,72(2,00)	6,37(1,41)	6,05(1,75)
7	5,4(0,9)	5,3(1,2)	5,2(1,2)	3,0(2,0)	5,5(1,3)	1,97(2,02)	2,89(2,68)	2,43(2,40)
8	4,6(1,2)	4,9(1,6)	4,3(1,6)	2,3(1,9)	5,1(1,3)	4,23(2,53)	5,80(2,02)	5,02(2,41)
9	4,7(1,2)	5,2(1,4)	4,6(1,5)	2,1(1,6)	5,0(1,5)	3,00(2,42)	5,71(1,93)	4,35(2,57)
10	5,1(1,1)	5,5(1,2)	5,3(1,1)	3,0(1,8)	5,8(1,2)	5,18(1,85)	6,03(1,67)	5,61(1,81)
11	4,1(1,4)	5,0(1,5)	5,3(1,4)	3,2(1,8)	5,8(1,4)	5,62(1,75)	6,03(1,55)	5,82(1,66)
12	4,8(1,2)	5,0(1,4)	4,7(1,6)	2,5(1,7)	5,8(1,2)	4,08(2,60)	4,48(2,77)	4,28(2,69)
13	4,7(1,2)	5,3(1,3)	5,1(1,4)	3,6(1,9)	5,5(1,5)	2,17(2,07)	6,49(1,20)	4,33(2,75)
14.	5,5(0,9)	6,0(1,0)	5,7(1,1)	3,6(2,0)	6,1(1,3)	6,09(1,52)	6,40(1,31)	6,25(1,42)
15	4,0(1,5)	4,0(1,7)	4,5(1,6)	2,2(1,5)	5,9(1,4)	3,43(2,38)	5,78(1,78)	4,61(2,41)

Fonte: SOUZA, L. B; CORRENTE, J. E. Evaluation of the Flanagan Quality of Life Scale for older adults. International journal of Science Commerce and Humanities. Volume No1 No4, June 2013.

Quanto ao escore médio dos itens apresentados na Tabela 14, observa-se que na maioria deles este estudo foi maior em comparação do que em outros locais, exceto no Item 7, referente a ajudar e apoiar outras pessoas, que se encontra bem abaixo dos outros estudos realizados. Observa-se também neste estudo que para o grupo não participantes outros itens encontram-se abaixo do grupo participantes como também para os outros estudos, os Itens 8 (referente a participação em associações e atividades de interesse público), 9 (referente a aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais), 13(referente a encontrar-se com outras pessoas e fazer coisas juntas) e o item 15 (referente a participar de atividades recreacionais e esportivas)

Discussão

5 Discussão

Neste capítulo, apresentam-se a discussão dos resultados, seguindo os objetivos propostos quanto às características demográficas e socioeconômicas, fatores de dependência e os aspectos relacionados à qualidade de vida dos idosos.

Os idosos respondentes do grupo de participantes tiveram média de idade 69,49 e os do grupo de não participantes a média de idade foi de 71,26 anos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Observa-se que a idade média dos dois grupos pesquisado está próximo da expectativa média de vida do brasileiro na atualidade.

Com relação ao sexo dos idosos participantes neste estudo prevaleceu o sexo feminino em ambos os grupos, para o grupo dos participantes totalizou em 75,38% e para o grupo dos não participantes em 53,85%. Esses dados são corroborados por outros estudos realizados com o objetivo de avaliar qualidade de vida em idosos onde a população feminina predominou frente à masculina ^(24, 25,37,38,39,40;41). Essa informação também é evidenciada pelos dados do Censo de 2010, sendo que 55% da população de idosos são constituído por mulheres.

O número elevado de mulheres participantes na oficina, além de correlacionar-se com o processo de feminização da velhice, demonstrou uma maior participação das mulheres em atividades fora do ambiente domiciliar, o que já era de se esperar, visto que as mulheres, mais do que os homens, participam de atividades extradomésticas como organizações e movimentos de mulheres, cursos, viagens, trabalhos voluntários e trabalhos remunerados temporários. ⁽⁴⁸⁾

A maioria dos idosos evidenciados nesse estudo são casados (62,31%), na avaliação desta variável nos grupos não apresentou diferença significativa, esse aspecto se assemelha a outros estudos. ^(31,37,38,39) O aspecto religioso tem grande importância, na vida do idoso, de maneira que apenas dois idosos sendo um de cada grupo informam não ter identificação com atividade religiosa, observa-se que em ambos os grupos a amostra se assemelhou, onde a religião católica predominou 75,38% para os dois grupos, seguido da religião evangélica 24,62% para os dois grupos. Esse resultado se assemelha ao resultado encontrado no estudo ⁽²⁴⁾ que avaliou idosos em comunidades diferentes em João Pessoa-Paraíba, onde a amostra de 128 idosos, 87,5% dos idosos se consideravam da religião católica, seguida da religião evangélica com 9,4%.

No que se refere à escolaridade, observa-se que a maioria dos idosos (65,38%) frequentou a escola de 1 a 4 anos, esse aspecto se assemelha aos resultados encontrados por ^(37;38, 42, 40, 26, 31;39)

Em sua investigação realizada em um município do Rio Grande do Sul ⁽⁴¹⁾ encontrou uma diferença quanto a escolaridade, onde a maior parte dos idosos (52,9%) frequentaram de quatro a sete anos, seguido de um ano a três anos (28,2%) e oito anos a mais (18,8%). Esse resultado pode estar relacionado que os estados da região sul do país tem grau mais elevado de escolaridade se comparado com as outras regiões do país segundo dados do IBGE.

A escolaridade influencia diretamente no desenvolvimento da consciência de saúde, na capacidade de compreensão do tratamento prescrito e na prática do autocuidado, interferindo diretamente na relação paciente/profissional de saúde ⁽⁴³⁾. O autor reforça que as mulheres idosas são

menos escolarizadas pois, tiveram menos oportunidades de estudar tanto pela dificuldade de acesso à escola, quanto pelas responsabilidades nas atividades domésticas atribuídas a elas desde muito novas.

A maioria dos idosos evidenciados nesse estudo apresenta renda de um salário mínimo (71,54%). Este perfil de idosos com renda até um salário mínimo também foi encontrado no estudo de Corrente e Machado ⁽³⁷⁾ em uma estância turística do interior do Estado de São Paulo. Esses autores encontraram que a maioria dos idosos (64,81%) recebe até um salário mínimo. A aposentadoria é de extrema importância na vida dos idosos, mesmo com valores baixos, pois constitui fonte de renda para toda a família (IBGE, 2010).

Este estudo apontou que 98,46% dos idosos participantes do grupo e 90,77% dos idosos não participantes são dependentes do Sistema Único de Saúde. A maior demanda aos serviços de saúde é constituída pela população idosa, composta por pessoas com mais de 60 anos de idade, realidade com tendência a intensificação, devido ao aumento da longevidade da população brasileira, à semelhança de outros países ⁽⁴⁴⁾

Quanto à avaliação da memória este estudo se apresentou diferente com relação a um estudo que descreveu as atividades desenvolvidas em um centro de convivência de idosos no município de Santos-SP e também investigou a qualidade e os efeitos delas através da percepção dos participantes, os resultados apontaram que os idosos que tinham participação neste centro de convivência e participavam das atividades propostas apresentaram melhoras no desempenho da memória em 100 % dos participantes, as autoras concluem que

as atividades propostas contribuíram para a melhoria do desempenho cognitivo, psicológico e social dos participantes durante os encontros. ⁽⁴⁹⁾

Os resultados da análise das variáveis demográficas, socioeconômicas, com exceção da variável sexo, revelam que os fatores de dependência apresentados neste estudo demonstraram que os dois grupos avaliados são estatisticamente semelhantes em relação a estas variáveis. Esta semelhança é importante para permitir a comparação da qualidade de vida entre os grupos.

No presente estudo, a maioria dos idosos referiu estar satisfeito com relação à qualidade de vida avaliada pela Escala Qualidade de Vida de Flanagan. Mas nota-se que a média dos escores foi maior para o grupo dos participantes de 86,54 (desvio padrão de 10,07) e para o grupo dos não participantes de 70,64 (desvio padrão de 13,83).

Em um estudo que foi realizado no município de Juiz de Fora- Minas Gerais⁽³²⁾, com uma amostra de 89 idosos, participantes e não participantes de grupos de convívio, utilizando-se do instrumento OMS-WHOQOL-OLD, identificou que os escores referentes à qualidade de vida dos participantes (91,13) foram maiores em comparação com os não participantes (84,05).

Em relação às dimensões do conceito de qualidade de vida proposta por Flanagan, puderam-se observar algumas discordâncias entre a nossa amostra e o conceito proposto. Em nossa amostra geral os idosos consideraram mais importantes as seguintes dimensões na sua determinação de vida: Desenvolvimento pessoal e realização, bem estar físico e material, atividades sociais, comunitárias e cívicas, relações com outras pessoas, recreação. Na avaliação dos idosos que participam do grupo identificou-se a seguinte ordem

das dimensões: atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, bem estar físico e material, relações com outras pessoas, e recreação. Para os idosos que não participam as dimensões foram: desenvolvimento pessoal e realização, atividades sociais, comunitárias e cívicas, relações com outras pessoas, bem estar físico e material, recreação.

No estudo realizado no município da Estância Turística de Avaré, São Paulo, no ano de 2011 o autor⁽²³⁾ encontrou inversão nas dimensões de Flanagan, onde os idosos consideram em primeiro lugar bem estar físico e material, seguidos por relações com outras pessoas, desenvolvimento pessoal e realização, atividades sociais comunitárias e cívicas, recreação.

Em uma pesquisa realizada também no município da Estância Turística de Avaré, São Paulo, no ano de 2008, com 365 idosos, demonstra a divergência nas dimensões propostas e as que foram consideradas pelos idosos participantes da pesquisa, indicando que para estes idosos, o importante é: bem estar físico e material, desenvolvimento pessoal e realização, relações com outras pessoas, atividades sociais e comunitárias e por último a recreação.

Vale a pena destacar que estudo apontou assim como os dois estudos citados anteriormente, que os idosos consideraram a dimensão recreação como ultimo fator importante para uma boa qualidade de vida. Percebe-se que o município de Barão de Antonina não dispõe de estratégias voltadas a recreação para os idosos, observa-se grupo de convivência desenvolve algumas atividades com o objetivo de recreação, como passeios, mas ainda de forma insuficiente, pois os idosos participantes do grupo consideraram a dimensão da recreação como ultimo fator importante para uma qualidade de vida.

No estudo de Santos *et al.* (2002), no município de João Pessoa, Paraíba, os idosos consideraram as seguintes dimensões: desenvolvimento pessoal e realização; relações com os familiares; participação social, bem estar físico e material e por ultimo amizade e aprendizagem.

No estudo realizado em Botucatu, São Paulo, com uma amostra de 365 idosos, os autores estabeleceram uma comparação dos seus resultados com outros estudos realizados na América do Norte, Europa, Ásia. Os autores tiveram os escores do seu estudo maior que a estes outros estudos, mas os autores salientam que estes estudos avaliaram pacientes com comorbidades, que pode explicar a pontuação baixa na dimensão da saúde.

Utilizando-se dos dados da pesquisa realizada em Botucatu⁽²³⁾, São Paulo foi realizado a comparação dos escores médio com esse estudo, onde se observa que na maioria deles este estudo foi mais satisfatório do que em outros locais, exceto no Item 7, referente a ajudar e apoiar outras pessoas, esse aspecto também é observado no estudo realizado em João Pessoa, Paraíba

Observa-se também neste estudo que para o grupo não participantes outros itens encontram-se insatisfatórios em comparação com os idosos do grupo participantes como também para os outros estudos, os Itens 8 (referente a participação em associações e atividades de interesse público), 9 (referente a aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais), 13 (referente a encontrar-se com outras pessoas e fazer coisas juntas) e o Item 15 (referente a participar de atividades recreacionais e esportivas)⁽³⁷⁾.

Esses dados são corroborados por uma pesquisa realizada no município de Itabira, Minas Gerais, com o objetivo de comparar a qualidade de vida entre

idosos que participam e idosos que não participam de grupo de convivência, utilizou-se do questionário genérico Medical Outcomes Study 36 e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, os autores concluem que os idosos que tem participação no grupo de convivência do município apresentam melhor qualidade de vida, pois foi encontrada diferença estatística significativa nos domínios de capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais. ⁽³²⁾

Conclusão

6 Conclusão

Conclui-se que com relação às variáveis demográficas, socioeconômicas e fatores de dependência os dois grupos apresentaram-se de forma homogênea.

Em um contexto geral, pode-se afirmar que a qualidade de vida dos idosos de Barão de Antonina pode ser considerada boa de acordo com a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan.

Já se ao traçar a análise comparativa entre o grupo de participantes e não participantes sobre qualidade de vida utilizando-se da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, o grupo dos não participantes revelou escores menores em itens da escala. Esses idosos revelaram que o aspecto que mais interfere a qualidade de vida é: participação em associações e atividades de interesse público, aprendizagem de novos conhecimentos, encontrar com outras pessoas e atividades de recreação e esporte.

Espera-se que com este estudo possa se reforçar a importância da estratégia de grupos de convivência na promoção de um envelhecimento ativo e direcionar estratégias das políticas públicas no fortalecimento dessa prática. Faz-se necessário um maior empenho da divulgação das atividades já desenvolvida no grupo de convívio, espera-se que com o folder sendo trabalhado nas atividades de todos os profissionais, um maior número de idosos possam ter participação desse momento de convívio no grupo e almejando um envelhecimento ativo.

Prodotto

7 Produto

O programa do Mestrado Profissional em Enfermagem tem como objetivo à mudança da prática profissional através de um projeto de pesquisa que vise a um processo de intervenção.

A partir deste trabalho, foi elaborado um folder de divulgação (Anexo 3), sobre os benefícios conquistados pelos idosos em participar de grupo de convívio. Esse folder foi construído com base nas referências bibliográficas consultadas na elaboração da dissertação.

O folder foi tem como objetivo ser uma ferramenta para conscientizar os idosos do município de Barão de Antonina que ainda não participam do grupo de convívio sobre os principais benefícios que podem ser alcançados através da participação efetiva nesses momentos proporcionados. Sendo este mais uma estratégia a serem utilizados pelos profissionais envolvidos, como agentes comunitários de saúde, enfermeiros, assistente social, auxiliares de enfermagem, favorecendo a abordagem dos idosos que ainda não tem participação neste momento importante para a efetivação de um envelhecimento ativo.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados ao gestor municipal de saúde, gestor municipal de assistência social e ao Prefeito Municipal, como uma devolutiva de todo o trabalho desempenhado no grupo de convívio pelos profissionais envolvidos desde o ano de 2012, e dessa forma que

esse trabalho que está sendo desenvolvido possa cada vez mais ser fortalecido e que se conquistem mais benefícios em prol dos idosos de Barão de Antonina.

Referências

8 Referências

1. Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 327-35.
2. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília; 2005.
3. Silva HO, Carvalho MJAD, Lima FE, Rodriguês LV. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. *Rev. Bras. Gerontol*, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):123-133.
4. Brasil Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria No 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 13 Dez 1999. Seção I, n.237-E, p.20-4.
5. Brasil. [Estatuto do idoso (2003)]. Legislação sobre o idoso : Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 3. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006 b.
- 7 Rodriguês RAP, Kusumota L, Marques S, Frabicio SCC, Cruz IR, Lange C. Política Nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 jul-set; 16(3): 536-45.
7. Veras, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos . *Caderno de Saúde Pública*, v.23,n.10, p.2463-2666,2007.

8. Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo demandas, desafios e inovações. Revista Saúde Pública , v.43,n.3,p.548-54, 2009.
9. Vermelho, L.L; Monteiro, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In : Medronho, R. A. et al. Epidemiologia. 1ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.
- 10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Estudos & Pesquisas Informação Demográfica e Sócio Econômica, 26. [acesso: 03nov2014]. Disponível em:http://www.bibliotecafeminista.org.br/index.php?option=com_remository&Itemid=53&func=fileinfo&id=287.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Censo 2010 [acesso 03 nov 2014]: IBGE; 2010 [Internet] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 12 Mendes, E.V. As redes de atenção a saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009
- 13 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE;2010.
- 14 World Health Organization (2005) Envelhecimento Ativo: uma política de saúde [Manual] Tradução Gontijo, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- 15 Nobre, MRC. Qualidade de vida. Arq Bras Cardiol.vol.64, (nº4), 1995.
- 16 Minayo, MC S. O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. SãoPaulo/ Rio de Janeiro. HUCITEC/ ABRASCO, 1992.
- 17 Carvalho, ALO. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico: 10 anos de seguimento. São Paulo, 2013. Tese (doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

18 Martins, L.M.; França, A.P.D. ; Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, V. 4, n. 3, p. 5-18, dezembro de 1996.

19 Simeão SFAP, et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciência & saúde Coletiva, 18(3): 779-788, 2013.

20 Paschoal, S.M.P. Qualidade de vida dos idosos: Construção de um instrumento de avaliação através do método de impacto clínico. 2004.245f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

21 Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA 1994;272(8):619-26.

22 Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. Rev Saude Publica 2000;34(2):178-83.

23 Kagawa, CA Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos: fatores associados/– Botucatu, 2012.Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

24 Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, et al. Qualidade 3. de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. Rev Latinoam Enferm. 2002;6:757-64.)

25 Galisteu, KJ; Facundim, SD; Ribeiro, RCHM;Soler, ZASG. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de flanagan. Arq Cienc Saúde. 2006 out/dez; 13(4):209-214

26 Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida dos idosos em grupo de convivência . Scientia Medica. Porto Alegre 2011; volume 21, número 4, p.166-172.

27 Tavares MDS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. Acta Paul Enferm. 2012;25(4):601-6.

28 Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS. Práticas educativas em diabetes Mellitus: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):169-76.

29. Dias FA, Tavares DMS. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(2):70-77.

30 Garcia MAA, Yagi GH, Souza CS, Odoni APC, Frigério RM, Merlin SS. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):175-82

31 Miranda,LC; Banhato, EFC. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. Psicologia em Pesquisa. UFJF 2(01); 2008.jan/jun:69-80

32 Almeida, EA; Madeira, GD; Arantes, PMM; Alencar, MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. Rev . Bras. Gerontol., Rio de Janeiro, 2010;13(3):435-443

33 Freire SA. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Néri AL, Freire AS (Orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus, 2000. p. 21-31.

34 Dressler WW, Balieiro MC, Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. Culture, Medicine and Psychiatry 1997, 21, 303- 335.

35 Gray GR, Ventis DG, Hayslip B. Socio-cognitive skills as a determinant of life satisfaction in aged persons. International Journal of Aging and Human Development 1992, 35(3), 205-218

36 Flanagan JC. Measurement of quality of life: corrente of artstate. Arch Phys Med Rehabil 1982;23:56-9.

37 Corrente, JE; Machado, ABC. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do Estado de São Paulo:Aplicação da

Escala de Flanagan. ão da Escala de Flanagan. Rev. APS, Juiz de Fora, v.13,n.2,p.156-163,abr./jun.2010.

38 Souza, L. B; corrente, J. E. Evaluation of the Flanagan Quality of Life Scale for older adults. International journal of Science Commerce and Humanities. Volume No1 No4, June 2013.

39 Vicente, FR; Santos, SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun;22(2):370-83

40 Gutierrez, BAO; Auricchio, AM; Medina, NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. J Health Sci Inst.2011;29(3):186-90

41 Leite, MT; Winck, MT; Hildebrandt, LM; Kirchner, RM; Silva, LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. Rev. Bras.Gerontol, Rio de Janeiro, 2012;15(3):481-492

42 Vendruscolo, TRP. Qualidade de vida, independência funcional e sintomas depressivos de idosos que vivem no domicílio.. .95f. Dissertação (mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012

43 NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: _____. (Org.). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007. p.13-59.

44 Pilger C, Menon MU, Mathias TAF .Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1):213-20 www.ee.usp.br/reeusp/

45 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE;2010.

46 Vecchia, RD, Ruiz T, Bocchi SC, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:246-52.)

47. Pizzighini RB. Características do apoio social, capacidade funcional e saúde mental dos idosos assistidos em unidade de atenção básica à saúde. Dissertação (mestrado) – Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

48 Camarano, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1172-1179.

49 Andrade, N. B. et al. Centro de convivência de idosos: uma abordagem de estimulação cognitiva e psicossocial. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 121-128, 2014

Anexos

ANEXO 1 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Avaliação da qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de grupo de convívio”**, trata-se de uma pesquisa que será realizada pela Enfermeira Daniela Cristina Macedo, do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem, desenvolvido sob a coordenação e orientação da Prof. Dr. Liciania Vaz de Arruda Silveira.

Para realizarmos este estudo necessitamos da sua colaboração em responder um questionário sobre as suas condições de vida e sobre qualidade de vida. O tempo necessário para responder o questionário será em torno de 30 minutos. Através deste poderá ser identificadas necessidades, de forma que juntos poderemos propor soluções no serviço do município que prestam assistência ao idoso.

Se concordar em participar, garantimos o sigilo das informações. Também não haverá gastos, sendo que poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe traga prejuízos.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

Esperamos merecer a sua confiança e colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional pelos contatos abaixo.

Pesquisador(a): Daniela Cristina Macedo, Rua Pedro Macedo Mendes, nº521, Coronel Macedo
Fone: (15) 996263017. E-mail: damacedofmr@hotmail.com

ANEXO 2- INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**A) DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE**

1. Nome: _____ Matricula: _____

2. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

3. Sexo (1) Masculino (2) Feminino

4. Qual é a sua cor da sua pele?

(1) Branca

(4) Preta

(2) Parda

(5) Indígena

(3) Amarela

5. Qual seu estado civil?

(1) Solteiro (a)

(4) Separado (a)

(2) Casado (a)

(5) Viúvo (a)

(3) Divorciado(a)/desquitado(a)

6. Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir:

(1) mesmo local

(2) mais de um local

7. Há quanto tempo o Sr(a) mora nesta casa? (em anos) _____

8. Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr(a)? _____

9. Com quem o Sr(a) mora:

(1) Sozinho

(4) Conjuge, filhos, genro ou nora

(2) Somente com o cônjuge

(5) Somente com o (s) filho(s)

(3) Conjuge e filho(s)

(6) Arranjos intrageracionais (idoso, filhos e netos)

(7) Arranjos intrageracionais
(somente com outros idosos)

(8) Somente com os netos (sem
filhos)

(9) Não familiares

(10) outros

10. Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| (1) Próprio idoso | (4) Outro Familiar |
| (2) Conjuge | (5) Não familiar |
| (3) Filho(a) | |

11. O Sr(a) tem cuidador?

- (1) sim
(2) Não

12. Quem é o seu cuidador?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| (1) Conjuge | (5) Outro idoso |
| (2) Conjuge e filho(s) | (6) Cuidador particular |
| (3) Conjuge, filho(s), genro ou nora | (7) Outros |
| (4) Somente com o(s) filho(s) | |

13. Qual é a sua religião?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| (0) Nenhuma | (4) Judaica |
| (1) Católica | (5) Outra
(especifique)_____ |
| (2) Protestante ou Evangélica | _____ |
| (3) Espirita | |

14. Quando o (a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr(a) utiliza como primeira opção?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| (1) <u>SUS</u> | (5) Benzedeira |
| (2) Convênio de Saúde | (6) Outro
(especifique)_____ |
| (3) Particular | (88) Não se aplica |
| (4) Farmácia | |

15. O Sr(a) sabe ler e escrever?

- (1) SIM
(2) Não

16. Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? _____ anos

17. Qual é a sua renda mensal em reais:

Idoso: _____

Família: _____

18. Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| (a) Aposentadoria | (d) Trabalho próprio |
| (b) Pensão | (e) Doações |
| (c) aluguel | (f) bolsas assistenciais |

19. No seu entender de acordo com sua situação atual de que formação (a) sr(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)

- | | |
|---------------|-------------|
| (1) Muito boa | (4) ruim |
| (2) boa | (5) péssima |
| (3) regular | |

20. Como o(a) Sr(a) avalia sua memória atualmente:

- | | |
|---------------|-------------|
| (1) muito boa | (4) ruim |
| (2) boa | (5) péssima |
| (3) regular | |

21. Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que agora sua memória está:

- (1) melhor (2) Igual (3) Pior

B) Escala Adaptada de Qualidade de Vida de Flanagan

Esses 15 itens estão relacionados à satisfação com aspectos da nossa vida. Por favor, responda o número que melhor descreve a sua satisfação com cada item usando a seguinte escala.

Extrema- mente insatisfeito	Bastante Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Insatisfeito, Nem satisfeito	Satisfeito	Bastante Satisfeito	Extrema- mente Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

Item 1: Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira	1	2	3	4	5	6	7
Item 2: Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia	1	2	3	4	5	6	7
Item 3: Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: conviver e ajudar	1	2	3	4	5	6	7
Item 4: Ter e criar filhos	1	2	3	4	5	6	7
Item 5: Relacionamento com esposo(a) ou parceiro(a)	1	2	3	4	5	6	7
Item 6: Relacionamento com amigos	1	2	3	4	5	6	7
Item 7: Ajudar e apoiar outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
Item 8: Participação em associações comunitárias e atividades de interesse público	1	2	3	4	5	6	7
Item 9: Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais	1	2	3	4	5	6	7
Item 10: Autoconhecimento: saber sobre suas forças e suas limitações, saber onde quer chegar, quais os objetivos importantes para a sua vida	1	2	3	4	5	6	7
Item 11: Trabalho no emprego ou em casa	1	2	3	4	5	6	7
Item 12: Conseguir se comunicar criativamente	1	2	3	4	5	6	7
Item 13: Encontrar-se com outras pessoas e fazer coisas juntas.	1	2	3	4	5	6	7
Item 14: Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema.	1	2	3	4	5	6	7
Item 15: Participar de atividades recreacionais e esportivas.	1	2	3	4	5	6	7

Domínio 1 : Bem estar físico e material**Item 1: Conforto material: moradia, alimentação, situação financeira**

1) Qual a satisfação do Sr(a) em relação ao conforto da sua casa?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

2) Qual a sua satisfação do Sr(a) em relação ao lugar onde mora?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

3) Qual a satisfação do Sr(a) em relação a sua situação financeira?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Item 2: Saúde: sentir-se fisicamente bem e cheio de energia

4) O quanto o Sr(a) está contente com a sua saúde?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Item 3: Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: conviver e ajudar

5) Qual a satisfação do Sr(a) em relação ao seu relacionamento com filhos, irmãos ou parentes?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Domínio 2 : Relações com outras pessoas**Item 4: Ter e criar filhos**

6) Qual a satisfação do Sr(a) em relação a sua constituição familiar?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Item 5: Relacionamento com esposo(a) ou parceiro(a)

7) Qual a satisfação do Sr(a) em relação ao seu relacionamento íntimo com esposo(a), namorado ou companheiro(a)?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Item 6: Relacionamento com amigos

8) O Sr(a) procura cultivar amigos?
()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7

Domínio 3 : Atividades sociais, comunitárias e cívicas**Item 7: Ajudar e apoiar outras pessoas**

9) O Sr(a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

1 2 3 4 5 6 7

Item 8: Participação em associações comunitárias e atividades de interesse público

10) O Sr(a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

1 2 3 4 5 6 7

Item 9: Aprendizado: poder aumentar seus conhecimentos gerais

11) Qual a satisfação do Sr(a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras?

1 2 3 4 5 6 7

12) Qual a satisfação do Sr(a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais?

1 2 3 4 5 6 7

Domínio 4 : Desenvolvimento pessoal e realização**Item 10: Autoconhecimento: saber sobre suas forças e suas limitações, saber onde quer chegar, quais os objetivos importantes para a sua vida**

13) Qual a sua satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia?

1 2 3 4 5 6 7

Item 11: Trabalho no emprego ou em casa

14) Qual a sua satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

1 2 3 4 5 6 7

Item 12: Conseguir se comunicar criativamente

15) Como o Sr(a) se sente com a relação a sua comunicação com outras pessoas?

1 2 3 4 5 6 7

Dominio 5 : Recreação**Item 13: Encontra-se com outras pessoas e fazer coisas juntas.**

16) Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações?

1 2 3 4 5 6 7

Item 14: Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema.

17) O Sr (a) costuma ouvir musica, assistir TV, leitura e outros entretenimentos?

1 2 3 4 5 6 7

Item 15: Participar de atividades recreacionais e esportivas.

18) Qual a sua satisfação do Sr(a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

1 2 3 4 5 6 7

Anexo 3

Folder de divulgação dos benefícios conquistados na participação de grupo de convívio (Página 1)

Atividades Desenvolvidas no Grupo Vida e Saúde

Encontros quinzenais realizados na sede da Assistência Social de Barão de Antonina, com atividades de recreação, atividades de saúde e palestras.

Treinamento Funcional - Atividades Semanais

Curso de Artesanato - Atividades Semanais

Profissionais Envolvidos

Agentes Comunitários de Saúde,
Assistente Social,
Enfermeira,
Psicóloga,
Educador Físico,
Auxiliares de Enfermagem.

Grupo de Convívio

Vida e Saúde



PARCEIROS








(Página 2)

Grupo Vida e Saúde



Benefícios Conquistados

- Melhora auto estima
- Melhora nos quadros depressivos
- Novas amizades, melhorando o convívio social
- Redução no número de quedas



Objetivo do Grupo

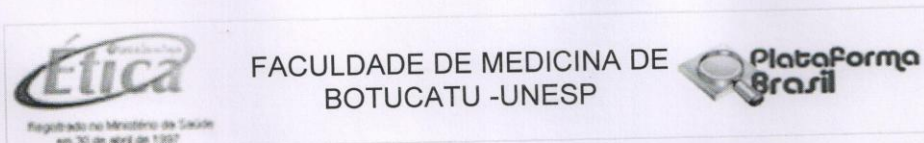
Desenvolver práticas de vida saudável, através da troca de experiências e convívio social, ajudando o idoso na superação de seus medos e frustrações e aproveitar melhor essa fase da vida, diminuindo as suas limitações e melhorar a sua qualidade de vida.



- Maior habilidade em desempenhar atividades do dia a dia
- Vida Amorosa
- Diminuição em queixas de dores
- Amplia o conhecimento
- Promove bem estar físico e mental



Anexo 5- Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Proposta de mudanças no serviço com base no resultado da avaliação da qualidade de vida de idosos participantes de grupo de convívio.

Pesquisador: Daniela Cristina Macedo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40118314.0.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 943.655

Data da Relatoria: 01/02/2015

Apresentação do Projeto:

Os idosos representam uma fatia cada vez maior da população brasileira. Diante dessa transição demográfica, torna-se essencial investigar a qualidade de vida desse grupo, identificando intervenções que possam ter impacto positivo. Os grupos de convívio ou convivência são espaços em que os idosos interagem entre si, discutindo seus problemas e interagindo com toda a comunidade. As pesquisadoras propõem um estudo que tem por objetivo comparar variáveis sócio-demográficas e estimativa de qualidade de vida (por meio de questionário validado) entre 65 idosos participantes de grupos de convívio e 65 controles (idosos não participantes, identificados aleatoriamente na comunidade). O estudo incluirá idosos moradores do município de Barão de Antonina-SP. A partir dos resultados, proporão mudanças no serviço com o intuito de aprimorar a participação dos idosos nos grupos de convívio.

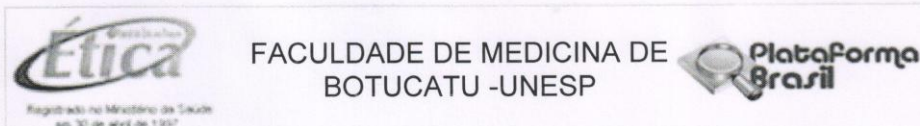
Objetivo da Pesquisa:

Identificar o impacto da participação em grupo de convívio sobre a qualidade de vida de idosos residentes em Barão de Antonina-SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos, e mais associados à confidencialidade. Os benefícios são indiretos (aprimoramento de serviço).

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **CEP:** 18.618-970
E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 943.655

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante, com metodologia bastante simples e adequada a seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentadas autorizações do Secretário de Saúde de Barão de Antonina e do Departamento de Enfermagem da FMB, além do TCLE.

O TCLE está em geral claro, mas recomendo trocar o termo "condições sócio-demográficas" por outro de melhor compreensão pelos sujeitos da pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo aprovação, com sugestão de trocar o termo "condições sócio-demográficas" por outro de melhor compreensão pelos sujeitos da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO COM RECOMENDAÇÃO, deliberado em reunião do CEP de 02 de Fevereiro de 2.015, sem necessidade de envio à CONEP.

RECOMENDAÇÃO: Deverá substituir no TCLE o termo "Condições sócio-demográficas" por outro de melhor compreensão aos participantes da Pesquisa. A nova versão do TCLE já corrigido deverá ser enviado ao CEP na forma de "NOTIFICAÇÃO", icone este constante na conta do pesquisador na Plataforma Brasil.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP, o respectivo "Relatório Final de Atividades" ao final do estudo.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1608 E-mail: capellup@fmb.unesp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



Continuação do Parecer: 943.655

BOTUCATU, 03 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1608

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br