

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP  
Campus de Botucatu – Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Saúde Pública

*“ESTUDO DA QUALIDADE DE  
VIDA DE RELIGIOSAS IDOSAS”*

**LILSON LONG DE OLIVEIRA**

Botucatu – SP  
2009

**Lilson Long de Oliveira**

*“ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA DE RELIGIOSAS IDOSAS”*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Professora Adjunta Tania Ruiz

Co-orientador: Professor Dr. Paulo José Fortes Villas Boas

Botucatu – SP  
2009

*Apresentação do Autor*

Nasci e cresci em Bauru, interior de São Paulo. Dentre as várias felicidades que tive, subir em árvores e brincar de pique na rua, quando criança, considero terem sido as maiores. Na ambição por vencer desafios, tornei-me médico em 2000, pela Faculdade Estadual de Medicina de Marília – FAMEMA. Realizei estágio voluntário junto ao Serviço de Geriatria desta mesma instituição, de 2002 a 2004 e prestei atendimento aos idosos internados na Santa Casa de Ourinhos, além de coordenar, neste mesmo período, um serviço de atendimento domiciliar de idosos, mantido pela Prefeitura de Ourinhos, cidade em que residi durante os quatro anos iniciais de minha carreira profissional.

Em 2004, retornei a minha cidade de origem e, desde então, atendo Geriatria. Nos anos seguintes de 2005 e 2006 atuei junto ao Hospital Estadual de Bauru, sendo responsável pela internação de pacientes idosos e também atuei no ambulatório de especialidades da Clínica de Educação para a Saúde, da Universidade do Sagrado Coração de Jesus, USC. Neste serviço, tive contato com várias religiosas idosas, de toda a Congregação das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, as quais se dirigiam para Bauru, a fim de tratamento de saúde e exames de rotina.

Em 2005 participei do 18º Congresso Internacional de Geriatria e Gerontologia, na cidade do Rio de Janeiro, onde tive o imenso prazer de conhecer a Professora Tania Ruiz, professora adjunta do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, e responsável pela Linha de Pesquisa de Epidemiologia da Terceira Idade, a qual se dispôs, desde então, a partilhar seus estudos e conhecimentos de pesquisa.

Surgiu então, a idéia de avaliarmos a Qualidade de Vida das religiosas idosas do IASCJ, sendo esta a origem deste Estudo de Caso e Dissertação de Mestrado.

---

*Dedicatoria*








*Dedico este trabalho à*

*Minha amada esposa, Elizângela;  
Meu saudoso filho, Davi (in memoriam);  
Meu festejado filho, André Gabriel;  
Nosso próximo filho (a), a caminho;  
Meus queridos pais e familiares;  
Meus estimados professores.*

---

# *Agradecimientos*

## AGRADECIMENTOS

-  Em primeiro, a DEUS por seu sustento durante toda minha vida, por seu direcionamento e paz, por sua presença constante e graça infinita, especialmente em momentos difíceis. Sem Ele, nada seria possível;
  -  À minha esposa, Elizângela, e filho, André, pelo incentivo, carinho e apoio, dos quais basta a presença para amenizar todo cansaço e desânimo dos dias de trabalho;
  -  Aos meus pais pela formação de caráter e investimento educacional que me permitiram sonhar com conquistas como esta e outras vindouras;
  -  À minha orientadora Professora Tania Ruiz, por sempre estar disposta a, pacientemente, repartir seu saber e tornar esta pesquisa ética, objetiva e útil à comunidade científica e à população brasileira;
  -  Ao Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas por também compartilhar seus conhecimentos na área da Geriatria;
  -  Às Irmãs da Congregação de São Paulo do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus por sua paciência, prontidão e confiança em participarem desta pesquisa;
  -  Aos funcionários do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Biblioteca e do Departamento de Pós-Graduação, pelo excelente desempenho de suas funções, sempre dispostos a ajudar;
-



*Epígrafe*

## **NÃO SEI...**

Não sei... se a vida é curta...

Não sei...

Não sei...

se a vida é curta  
ou longa demais para nós.

Mas sei que nada do que vivemos  
tem sentido,  
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:  
colo que acolhe,  
braço que envolve,  
palavra que conforta,  
silêncio que respeita,  
alegria que contagia,  
lágrima que corre,  
olhar que sacia,  
amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo:  
é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela  
não seja nem curta,  
nem longa demais,  
mas que seja intensa,  
verdadeira e pura...  
enquanto durar.

Por Cora Coralina \*

---

\* “Cora Coralina” (Ana Lins do Guimarães Peixoto Bretãs), 20/08/1889 – 10/04/1985;

*Resumo*

**RESUMO**

Segundo a OMS, o mundo está envelhecendo rapidamente. Há perspectiva de aumento da população idosa no Brasil para cerca de 30 milhões em meados de 2020. Enquanto a população mundial envelhece, surge um novo desafio que é envelhecer com qualidade de vida, QV, a qual abrange muitos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e da coletividade. Diante da escassez de dados na literatura, buscamos avaliar a QV de uma comunidade com características distintas da população em geral; trata-se de um grupo de religiosas idosas pertencentes ao Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, IASCJ, Congregação de São Paulo. Esta entidade foi fundada em 1894, na Itália, por Madre Clélia Merloni e desde 1900 atua no Brasil. Foi utilizado um formulário adaptado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, EQVF. Suprimiram-se as questões sobre filhos e relacionamento sexual, visto as religiosas, por opção, não os possuírem. Religiosas com sessenta anos ou mais de idade, não institucionalizadas e residentes em Bauru, Marília, Araçatuba, Birigui e Jaú foram selecionadas. Vinte e oito religiosas idosas foram entrevistadas e mostraram uma média de idade de 72,2 anos, nível educacional com predomínio “superior completo”, 82,1%, e predomínio da raça branca, 85,7%. Em relação ao seu grau de satisfação com diferentes aspectos de sua vida, 82,1% sentem-se satisfeitas ou muito satisfeitas com a saúde e 96,4% estão muito satisfeitas quanto à situação financeira; 92,8% das religiosas sentem-se úteis em seu ambiente social e procuram cultivar amigos. Quanto às suas atividades de lazer, os índices observados foram um pouco menores, sendo satisfeitas ou muito satisfeitas em 67,8%, porém, apesar disto e de uma forma geral, as religiosas idosas avaliadas mostraram-se bastante satisfeitas com sua QV.

Palavras Chaves: Religiosas; Idosas; Qualidade de Vida; Envelhecimento; Flanagan

---

*Abstract*

## ABSTRACT

According to WHO, the world is aging rapidly. There are perspectives to increase the elderly population in Brazil for approximately 30 million in the middle of 2020. While the world population aging, appears a new challenge, get old with quality of life, QOL, which covers many meanings, reflecting knowledge, experience and values of individuals and collectivity. In the face of the scarcity of data in the literature, we evaluate the QOL of a community with distinct characteristics of the population in general; it is a group of elderly nuns that belongs to the "*Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus*", IASCJ, "*Congregação de São Paulo*". This was founded in 1894, by Madre Clélia Merloni and since 1900 operates in Brazil. Was used a questionnaire adapted of the Scale of Flanagan's Quality of Life Assessment. The questions about suns and sexual relation were eliminated, because nuns, by their religious choice, does not possess. Nuns sixty ore more years of age, not institutionalized and inhabitant at Bauru, Marília, Araçatuba, Birigui and Jaú were selected. Twenty and eight elderly nuns were interviewed and showed a mean age 72.2 years, level educational with predominance of University Graduation, 82.1% and a predominance of White race 85, 7 %. In relation to its satisfaction with their QOL, 82.1% was satisfied or very satisfied with health and 96.4% are very satisfied to its financial situation; 92.8% of the nuns feel themselves useful in social environment and seek cultivating friends. As to leisure, indices of satisfaction were a little shorter, they were satisfied ore very satisfied in 67,8%, however, in general, the elderly nuns evaluated showed themselves very satisfied with their QOL.

Keywords: Nuns; Elderly; Quality of Life; Aging; Flanagan

---

# *Lísta de Figuras*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	“Distribuição da população mundial de idosos, segundo a idade e sexo, com estimativas para o ano de 2002 e 2025, segundo a OMS (2001)” .....	04
Figura 2 –	“Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto, ou acima de 100 milhões, no ano de 2002, com projeção para o ano de 2025” .....	05
Figura 3 –	“Projeção de crescimento percentual da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo, nos anos de 2000 a 2020, conforme censo demográfico de 2000, Brasil”	07

---



# *Lista de Tabelas*

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – “Descrição da população das religiosas idosas e pertencentes à congregação de São Paulo, do IASCJ e residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú, segundo idade, raça e nível educacional, 2008” ..... 25
- Tabela 2 – “Descrição da população das religiosas idosas e pertencentes à congregação de São Paulo, do IASCJ e residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú, segundo respostas dadas ao Formulário de Pesquisa, adaptado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, em 2008” ..... 27
-

# *Lista de Quadros*

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – “Comparativo da satisfação pessoal, em diferentes aspectos de vida, entre as religiosas idosas e a População de Botucatu, conforme Jóia (2004), em porcentagem.” .....	32
Quadro 2 – “Comparativo da satisfação pessoal, em diferentes aspectos de vida, entre as religiosas idosas e mulheres idosas do Ambulatório de Coronariopatias do IDPC, conforme Medeiros e Padial (2007), em porcentagem.” .....	33

*Lísta de Abreviaturas e  
Síglas*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EQVF	Escala de Qualidade de Vida de Flanagan
EUA	Estados Unidos da América
IASCJ	Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus
IDPC	Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
USC	Universidade do Sagrado Coração de Jesus
WHO	<i>“World Health Organization”</i>
WHOQOL	<i>“World Health Organization Quality of Life Assessment”</i>

---

# *Sumário*

## SUMÁRIO

1 – Introdução.....	1
2 – Objetivos.....	17
2.1 – Objetivos Gerais.....	18
2.2 – Objetivos Específicos.....	18
3 – Materiais e Métodos.....	19
3.1 – Materiais.....	20
3.2 – Métodos.....	21
3.3 - Sujeitos da pesquisa: Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus ...	22
4 – Resultados.....	24
5 – Discussão.....	29
6 – Conclusões.....	35
7 – Considerações Finais.....	37
8 – Bibliografia.....	39
9 – Anexos.....	43
9.1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da USC, Bauru (SP) ....	44
9.2 – Consentimento da Congregação de São Paulo do IASCJ.....	47
9.3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	46
9.4 – Formulário da Pesquisa.....	47

---



# *1 - Introdução*

## 1 – INTRODUÇÃO

Conforme a publicação da Organização Mundial de Saúde, OMS “*Working for Health: na Introduction to the World Health Organization*” (2007), no ano de 1945, na cidade de São Francisco (EUA) houve um congresso de diplomatas de vários países e fundou-se a “Organização das Nações Unidas – ONU”.

Nesse mesmo evento, dentre os vários assuntos de interesse mundial discutidos, também foi sugerida a criação de uma entidade mundial de saúde. No dia sete de abril de 1948, surgiu a “Organização Mundial da Saúde”, OMS, sendo esta mesma data celebrada como o “Dia Mundial da Saúde”.

Em junho de 1948, durante a “Primeira Assembléia Mundial de Saúde” da OMS, delegados de 53, dos 55 países membros inicialmente constituintes, definiram as prioridades da entidade, que foram: Promoção da Saúde das Mulheres e Crianças; Controle de Doenças como Malária, Tuberculose, DST e Desnutrição, além de investimentos em medidas sanitárias ambientais.

Desde então, a instituição investe seus recursos financeiros e intelectuais nos aspectos de saúde de interesse mundial.

A OMS busca um maior controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como Doenças Cardíacas, Neoplásicas, Diabetes, Doenças Pulmonares, Osteomusculares, Genéticas, Acidentes Vasculares Cerebrais, entre outras, as quais, segundo estimativas da própria instituição, representam cerca de 35 das 58 milhões de mortes anuais.

Ainda destaca que 75% das mortes por DCNT ocorrem em pessoas com mais de 60 anos de idade, sendo este o limite para uma pessoa ser considerada “Idosa”, conforme sua própria definição. Entretanto, a OMS orienta aumentar este limite de idade para 65 anos, ao se abordar países desenvolvidos.

Segundo outra publicação da OMS, “*Older persons in emergencies: an active ageing perspective*” de 2008, o mundo está envelhecendo

---

rapidamente. Entre os anos de 2006 e 2050, estimativas apontam que a população de idosos, aumentará dos atuais 650 milhões (11% da população mundial) para cerca de 2 bilhões, que representará 22% do total de habitantes de todo mundo.

Estima-se também que aqueles com mais de 80 anos de idade, segmento da população com crescimento ainda mais acelerado, em meados de 2050, representarão 20% da população idosa mundial, com cerca de 400 milhões de indivíduos.

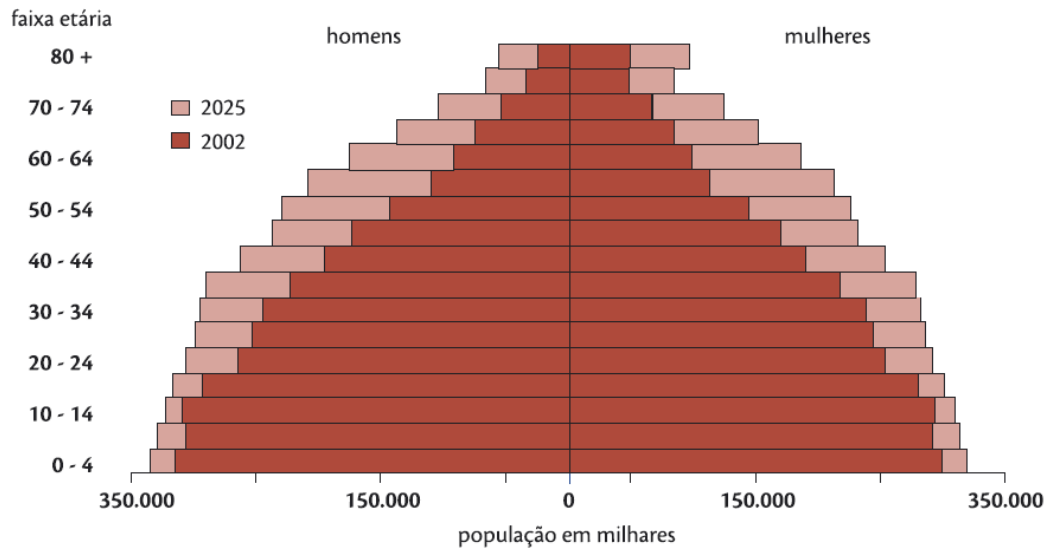
Conforme o estudo “Envelhecimento ativo: uma política de saúde” (2002) da OMS, a pirâmide populacional de 2002, predominantemente triangular, deverá adquirir um aspecto mais cilíndrico em meados de 2025 (figura 1).

Contribuem para isso, a importante queda das taxas de natalidade e o aumento da longevidade. Em 1975, apenas 22 países apresentavam uma taxa de natalidade menor ou igual ao nível de reposição (índice correspondente a uma média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher).

Hoje, cerca de 70 nações já apresentam esta característica, dentre elas o Brasil e estima-se que, em 2025, serão 120 países com taxa de natalidade abaixo do índice de reposição.

Na Europa e EUA, em meados do último século, segundo Aldeinstein (1977), o aumento da expectativa de vida já era substancial, ocasionado, principalmente, por importantes conquistas na área do conhecimento médico, como, por exemplo, a redução das taxas de mortalidade pela Tuberculose.

---



Fonte: “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”, *World Health Organization*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, pág. 09, 2005.

Figura 1 – “Distribuição da população mundial de idosos, segunda a idade e sexo, com estimativas para o ano de 2002 e 2025, segundo a OMS (2001)”

Segundo a OMS, cerca de 70 % da população idosa mundial reside em países em desenvolvimento, com estimativas de aumento desta proporção para 80%, em 2025 (figura 2).

Além disso, o envelhecimento populacional dos países em desenvolvimento, por sua rapidez, ocorre em desacordo com o progresso sócio-econômico. Segundo Kalache e Keller (2000), os países desenvolvidos fortaleceram-se financeiramente antes de envelhecerem e, de forma contrária, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de atingirem uma estabilidade econômica.

A conclusão dos autores corroborou os resultados da pesquisa de Cotta (2002), o qual alertou que a transição demográfica, da forma como vem ocorrendo, acarretará grande impacto em diferentes âmbitos sociais.

Na saúde pública, por exemplo, haverá aumento de demanda por recursos e estruturas assistenciais. O autor também enfatizou a necessidade de um maior planejamento das políticas públicas, buscando novas formas de atenção à saúde, como por exemplo, o atendimento domiciliar.

2002		2025	
China	134,2	China	287,5
Índia	81,0	Índia	168,5
Estados Unidos da América	46,9	Estados Unidos da América	86,1
Federação Russa	26,2	Indonésia	35,0
Indonésia	17,1	Brasil	33,4
Brasil	14,1	Federação Russa	32,7
Paquistão	8,6	Paquistão	18,3
México	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	México	17,6
Nigéria	5,7	Nigéria	11,4

Fonte: "Envelhecimento ativo: uma política de saúde", *World Health Organization*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, pág. 10, 2005.

Figura 2 – “Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto, ou acima de 100 milhões, no ano de 2002, com projeção para o ano de 2025”.

Caso se mantenham as taxas de envelhecimento observadas nos dias atuais, estima-se que a proporção de idosos no mundo, deva aumentar para uma a cada cinco pessoas até a metade deste século, e com relação ao Brasil, o pesquisador Kalache, já em 1987, apontava nosso país como membro de um grupo de 10 países detentores de 62,9% da população mundial de idosos, o que em meados de 2005, como vimos acima, tornou-se realidade.

Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontam que, o crescimento relativo da população brasileira vem experimentando desacelerações desde a década de 70, principalmente em razão das significativas quedas das taxas de fecundidade e natalidade.

Segundo Carvalho (1974), a Taxa de Fecundidade no Brasil apresentou rápido declínio no final da década de 60, passando de 5,8 filhos por mulher, em 1970, para cerca de 2,3 filhos, em 2000.

Além disso, conforme o IBGE, entre 1991 e 2004, a Taxa Bruta de Natalidade, que mede o número de nascidos vivos por mil habitantes, passou de 23,4% para 20,6%.

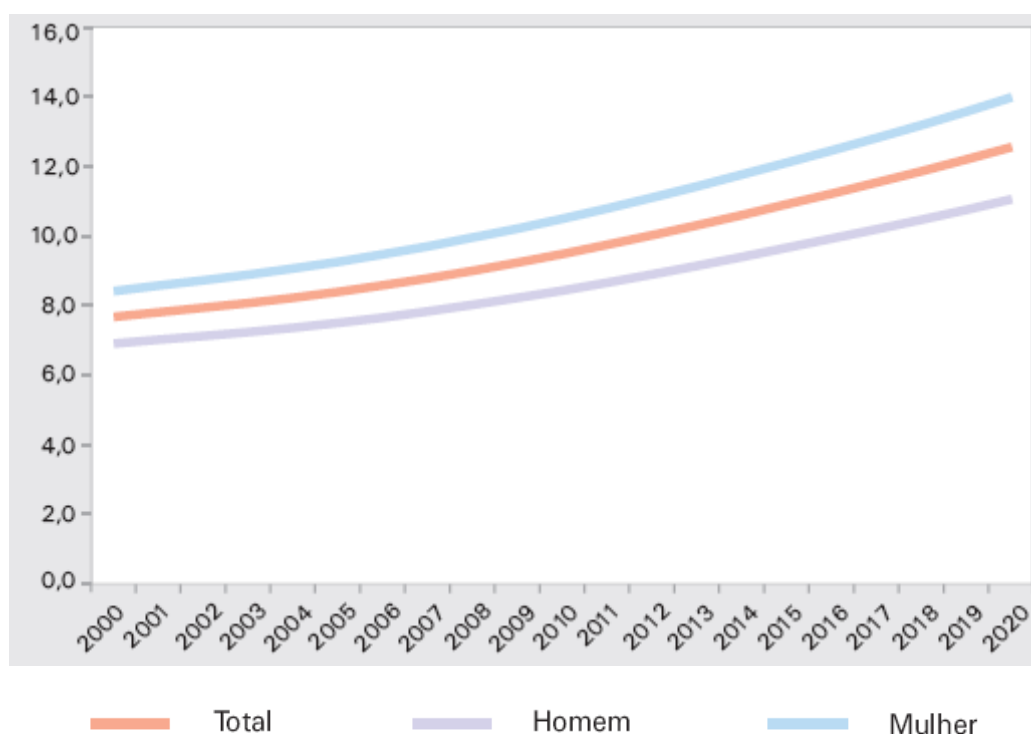
A diminuição das Taxas de Fecundidade e Natalidade pode ser observada, também, a partir da análise da composição etária da população brasileira. Em 1991, o percentual de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, na população total, era de 34,7%, já em 2004 essa participação caiu para 27,1%. Essa tendência foi mantida nas projeções populacionais, com a proporção estimada de 17,8% para o grupo de crianças e adolescentes em 2050.

Com base no censo de 2000, o IBGE descreveu o Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil e observou um aumento da proporção de idosos de 7,3% em 1991, para 8,6% em 2000, um aumento absoluto de cerca de 4 milhões de pessoas. Também houve um aumento de 49,3% na proporção dos idosos com 75 anos ou mais, em relação ao censo anterior de 1991, seguindo uma tendência mundial, conforme dados da OMS e um aumento no predomínio de mulheres na população idosa do país, pois estas representavam 54% da população em 1991 e no censo de 2000, 55,1%.

Este mesmo estudo considera uma perspectiva de aumento da população idosa no Brasil para cerca de 30 milhões em meados de 2020, caso sejam mantidas as tendências observadas em 2000, para as taxas de fecundidade e longevidade (figura 3).

Segundo Veras (1987) os dados sobre o envelhecimento da população brasileira demonstraram a necessidade de uma abordagem profunda do problema e uma conscientização social da série de questões que precisam ser resolvidas, para tratar esta fatia da população de forma justa e democrática, com equidade de acesso aos serviços em saúde, comparado ao dos mais jovens.

---



Fonte: Projeto IBGE/Fundo de População das Nações Unidas UNFPA/BRASIL (BRA/98/P08), Sistema Integrado de Projeções e Estimativas Populacionais e Indicadores Sociodemográficos, Projeção preliminar da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050, revisão 2000.

Figura 3 – “Projeção de crescimento percentual da população de 60 anos ou mais de idade, segundo o sexo, nos anos de 2000 a 2020, conforme censo demográfico de 2000, Brasil”.

Conforme Garrido e Menezes (2002), o Brasil apresentou intensificação do processo de envelhecimento e despertou preocupação dos governantes, principalmente na década de 1990, quando a transição demográfica foi mais evidente.

Em 04 de janeiro de 1994 foi promulgada a lei nº 8.842, definindo a Política Nacional do Idoso, com objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Finalmente em 2003, sob a lei nº 10.741, de primeiro de outubro, sancionada pelo então Presidente da República, Sr. Luiz Inácio Lula da Silva, surgiu o Estatuto do Idoso, com o objetivo de regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos.

Em junho de 2005 foi realizado no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, o 18º Congresso Internacional de Gerontologia, com o tema principal

“Envelhecimento ativo no século XXI: participação, saúde e segurança. Construindo elos entre a pesquisa e a prática”.

Em 2006, firmaram-se entre os gestores do SUS, as Diretrizes dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão, com objetivo de aumentar o entrosamento entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em relação à gestão do Sistema Único de Saúde, SUS e a atenção à Saúde.

O Pacto pela Vida, por sua vez, prioriza ações de impacto nas questões da saúde da população brasileira, sendo suas prioridades: a Saúde do Idoso, o controle do Câncer de Colo Uterino e Mama e a redução da Mortalidade Infantil.

Em relação aos idosos, busca principalmente, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, implantação de atendimento domiciliar, fortalecimento da participação social e especialização dos profissionais da saúde.

Estes eventos, da história recente de nosso país, demonstram uma crescente preocupação da sociedade com a questão do envelhecimento da população brasileira.

Para as pesquisas de Veras (1987), Kalache e Keller (2000) e o próprio IBGE (2000) toda a comunidade científica deve aprofundar ainda mais seus conhecimentos sobre o processo de envelhecer e as características sociais dos idosos.

Também é preciso estar atento às diferentes comunidades com inserção de idosos, buscando, por meio de pesquisas científicas, compreender as várias dimensões desse fenômeno, para que seja possível intervir positivamente em eventos que promovam o bem estar de toda a sociedade.

Além da busca por um maior entendimento sobre o envelhecimento, também tem sido almejado pela sociedade, um maior conhecimento sobre as condições de vida desta população.

---



Segundo Néri (1995), viver mais sempre foi almejado pelo ser humano, mas pesquisas precisam ser feitas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado “envelhecimento bem sucedido”.

Este seria uma condição individual ou coletiva de bem estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no âmbito em que o indivíduo envelhece e as circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário.

Segundo Minayo, (2000), Qualidade de Vida (QV) é um conceito humano e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e da coletividade. Esses significados refletem o período histórico, a classe social e a cultura à qual os indivíduos pertencem.

Conforme Nahas (2001), existe consenso entre pesquisadores da multiplicidade dos fatores determinantes da QV e estes, por sua vez, resultam da combinação de diferentes fatores como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade.

Uma definição clássica de QV, é datada de 1974, sendo segundo Andrews, *"qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação têm sido alcançados"*.

Awad (2000) diante da dificuldade de definir o conceito de QV afirmou: *"qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é"*.

É justamente nessa época que surgiram os primeiros movimentos ambientalistas, os quais iniciaram os questionamentos sobre os modelos de bem-estar predatórios, movidos pelo consumismo e a exploração predatória da natureza para conquistar conforto, bem-estar e QV.

Surgem então os movimentos em favor do desenvolvimento sustentável e a globalização do conceito de QV. Na década de 80, o conceito de QV passou a fazer parte de várias literaturas e a busca de sua definição tornou-se uma necessidade para melhor entendimento de estudos empíricos e científicos, especialmente na saúde.

---

A OMS, ao divulgar resultados do seu estudo sobre QV, “*The World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL*” (1995) reforçou um conceito sobre QV que a distinguiu em dois aspectos importantes: a subjetividade e a multidimensionalidade.

O primeiro, da subjetividade, considerou a qualidade de vida como a percepção da pessoa sobre o seu próprio estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, bastando para isso uma avaliação pessoal do indivíduo de cada aspecto que envolve a qualidade de vida, não sendo necessária a observação do profissional de saúde.

O segundo, da multidimensionalidade, considera que o conceito é formado por várias facetas, as quais precisam ser identificadas e abordadas por pesquisas científicas, estudos empíricos e com o uso de metodologias quantitativas e qualitativas, conforme Slevin (1988).

Paralelamente, ocorreu a popularização do conceito de QV, o qual passou a ser visto com significados mais amplos, divididos em duas tendências: “o genérico” e a “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde”.

A primeira vertente apresenta uma definição abrangente influenciada pela área da sociologia e adotada pela OMS. Esta entende que qualidade de vida “é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Dentro dessa definição inclui-se: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

No segundo caso, está o conceito qualidade de vida na área da saúde, precedendo as definições mais modernas. Um exemplo, ainda do século XVIII, segundo Sigerist (1956) foi a obra do então Diretor Geral de Saúde Pública da Áustria e professor da Faculdade de Medicina, Johann Peter Frank, autor de “A miséria do povo”. Em sua obra, o autor deixa claro que a miséria, junto das péssimas condições de vida dos ingleses, no século XVIII, eram as principais causas de doenças.

Mais adiante, McKeown e Lowe (1989) declararam que o meio ambiente e as modificações nas condutas de reprodução humana foram os

---

fatores responsáveis pela redução da Taxa de Mortalidade na Inglaterra e País de Gales, durante o Século XIX e a primeira metade do Século XX.

Na América Latina, Paim (1997) publicou uma revisão sobre diferentes estudos que relacionaram as condições de vida da população e seu estado de saúde, durante as últimas décadas, no âmbito médico e da epidemiologia social.

O interesse pelo conceito de QV decorre dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor da saúde, recentemente. Informações sobre QV são usadas como indicadores para avaliação de eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de certas doenças, bem como para o controle dos problemas de saúde em geral.

Portanto, o conceito de QV é muito amplo e está relacionado a modo, condições e estilos de vida, incluindo o desenvolvimento sustentável e a ecologia humana. Está diretamente relacionada à democracia, ao desenvolvimento e aos direitos humanos e sociais, segundo Castellanos (1997).

Considerando as pesquisas de Fleck (2003), a percepção de QV, somada aos instrumentos científicos, é um dos caminhos para se desvendar os impactos do envelhecimento de nossa população.

As investigações sobre uma qualidade de vida na velhice vêm ganhando importância científica e social, já que a questão suscita medidas urgentes que possam trazer respostas às mudanças comportamentais, econômicas, sociais e de saúde causadas pelo envelhecimento da população.

Enquanto a população mundial envelhece aceleradamente, um novo desafio surge para a humanidade – envelhecer com qualidade de vida. A problemática exige estudos profundos de diferentes grupos de idosos que possam contribuir com a melhoria da sobrevivência da humanidade. Entretanto, ainda são escassos os estudos de avaliação sobre a qualidade de vida dos idosos e seus impactos.

Por Neri (1993), tornou-se necessário pesquisar os vários fatores determinantes que possam indicar QV, como longevidade, saúde biológica,

---

saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade dos papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

É preciso buscar maior conhecimento sobre as relações interpessoais, o apoio social e a QV de idosos, bem como conhecer seus repertórios de habilidades sociais. É necessário recorrer a diversos aspectos que envolvem a biologia, a psicologia, a estrutura sociocultural a fim de ser determinado a QV na velhice.

Neste intuito e diante da escassez de dados na literatura, buscamos, por meio deste estudo, avaliar a QV de uma comunidade de mulheres religiosas idosas, com características distintas da população em geral.

Segundo Melo (1999), o Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, IASCJ foi fundado no dia 31 de maio de 1894, na cidade de Viareggio, Província de Lucca, Itália.

A história de fundação do IASCJ está diretamente ligada à vida da Madre Clélia Merloni. As primeiras irmãs desse Instituto chegaram ao Brasil em 1900. A entidade prosperou e atualmente desenvolve atividades em vários estados brasileiros e outros países, como: México, Moçambique, Filipinas, Chile, Uruguai e Argentina.

A fundadora Madre Clélia Merloni, nasceu em Forli, na Itália, em 10 de março de 1861. Sua mãe morreu quando ela tinha apenas três anos de idade, sendo criada pela avó materna, enquanto o pai, Joaquim Merloni, se dedicava aos negócios, em busca do progresso financeiro.

O pai de madre Clélia prosperou financeiramente, o que possibilitou à filha uma excelente educação e uma vida plena de bem-estar material. No entanto, ela contrariou os desejos do pai e decidiu trocar o conforto pela vida religiosa.

Após vários conflitos com o pai, Clélia conseguiu finalmente permissão para entrar no convento, mas sua saúde frágil, para seguir a austeridade da vida religiosa daquela época, tornou-se um impedimento.

Após passar por várias congregações, ela entrou para a Congregação das Filhas de Maria da Divina Providência, onde, alguns anos após, contraiu

---

tuberculose. À beira da morte, Clélia prometeu, diante de um quadro do Imaculado Coração de Jesus, que, se curada, fundaria um instituto religioso em honra ao Sagrado Coração de Jesus.

Curada, Clélia partiu com a amiga Elisa Paderzini, para Viareggio e ali fundou o “Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus”. O Instituto expandiu-se e Madre Clélia, fundadora e primeira Supervisora Geral, juntocom suas companheiras dedicavam-se diuturnamente a atos de caridade e de promoção humana.

Madre Clélia herdou a fortuna do pai, a qual entregou para ser administrada por um sacerdote. Mas devido ao despreparo e má administração perdeu todo o dinheiro, levando o Instituto à falência e as religiosas a esmolarem para sobreviver.

Acusada injustamente de irregularidades, Madre Clélia teve de sair de Viareggio. Nessa época buscou ajuda do bispo de Piacenza, João Batista Scalabrini que lhe ofereceu meios e apoio para a continuidade do Instituto.

Em 10 de junho de 1900, Dom Scalabrini aprovou “ad experimentum” as constituições elaboradas por Madre Clélia, dando ao Instituto, caráter missionário e abrindo as portas para missões além-mar.

Começou nesse ano o período de expansão missionária do Instituto. As primeiras missões partiram para o Brasil, e em 1902, para os Estados Unidos.

Acusada injustamente, em 1911, Madre Clélia foi exonerada do cargo de Superiora Geral pela Santa Sé, iniciando então, um período de exílio que durou de 1916 a sete de março de 1928, quando foi readmitida ao IASCJ.

Madre Clélia viveu no Instituto, na sede em Roma, até o dia 24 de maio de 1930, data em que faleceu.

Atualmente existe um processo de beatificação de Madre Clélia, na Sagrada Congregação para a Causa dos Santos, no Vaticano, à espera de um pronunciamento oficial da Santa Sé.

Segundo Simões (1999), a primeira missão do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, partiu da Itália, no dia 10 de agosto de 1900, com destino ao Brasil. O Instituto tinha, na época, apenas seis anos de existência.

---

Esta missão era formada por seis irmãs, entre elas, madre Elisa Pederzin e Assunta Bellini, Madalena Pampana, Inês Razzier, Antonieta Fontana e Carmela Tomedi.

As irmãs chegaram ao porto de Santos, no dia 18 de setembro e se hospedaram no Orfanato Cristóvão Colombo, bairro do Ipiranga, em São Paulo, sob os cuidados do padre Faustino Consoni.

Este orfanato era dirigido pelos missionários de São Carlos. Nele atuavam as irmãs carlistas desde 1895. A Congregação dos Missionários de São Carlos, fundada por Dom Scalabrini, em 1887, tinha o objetivo de manter viva a fé e promover o bem-estar entre imigrantes italianos na América. Em seguida, ele decidiu abrir a missão entre os colonos do Paraná, enviando missionários para aquela região.

Dom Scalabrini, protetor do Instituto, enviou as irmãs para esse local porque tinha a intenção de unir as irmãs Carlistas e as Apóstolas numa única entidade, o que não ocorreu de fato.

Em 1904, por ocasião da visita de Dom Scalabrini ao Brasil, as irmãs Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus foram transferidas da seção masculina do Orfanato Cristóvão Colombo, que funcionava no bairro do Ipiranga, para a seção feminina do Orfanato, na Vila Prudente, em São Paulo.

Em 22 de setembro de 1907, por determinação de Dom Duarte Leopoldo e Silva, bispo de São Paulo, as irmãs Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus foram transferidas para o Hospital Humberto Primo.

A ação missionária do Instituto das Apóstolas do Coração de Jesus progrediu rapidamente no Estado de São Paulo. Em poucos anos, diversas comunidades foram abertas, atendendo urgências pastorais em várias dioceses, sobretudo no campo da saúde e da educação cristã.

Em 1921, foi criada a Província de São Paulo, com sede na Chácara Boa Esperança, adquirida pelo Instituto, na Freguesia do Ó. Em 1923, a sede foi transferida para a Vila Mariana, e, em 1937, para o bairro Pompéia, junto com o Colégio Sagrado Coração de Jesus, onde permanece até hoje.

Em 1º de novembro de 1900, outro grupo de Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus deixava a Itália, com destino ao Brasil, desta vez para

---

iniciar uma missão na cidade de Curitiba, estado do Paraná, mais precisamente no bairro de Santa Felicidade.

Desde a chegada dos padres Carlistas ao Paraná, havia projeto de fundação de um colégio de irmãs, cuja direção deveria ser confiada às irmãs da Itália. A idéia partira do bispo de Curitiba, Dom José de Camargo Barros, que desejava pelo menos três irmãs para fundar uma comunidade em Santa Felicidade. O padre Francisco Brescianini, ocupou-se desta tarefa e construiu uma grande casa que serviria de residência para as irmãs e ao mesmo tempo de escola paroquial. O IASCJ aceitou o desafio. Foi então que Madre Clélia Merloni destinou quatro Apóstolas para trabalharem na Escola Paroquial, em Santa Felicidade.

A missão das Apóstolas em Santa Felicidade cresceu e a escola italiana dirigida pelas irmãs expandiu rapidamente. Além do trabalho do Colégio Feminino, as irmãs ajudavam nas visitas às famílias, no atendimento aos enfermos e idosos e na promoção de novas vocações.

O sucesso da missão fez com que outras religiosas fossem enviadas da Itália para ajudar nos trabalhos realizados no Brasil.

Em 1907 Curitiba se tornou um importante centro de formação e irradiação da vida espiritual e cultural das religiosas. Em 10 anos de trabalho no Brasil, o Instituto abriu várias casas. Em 1956, devido ao grande crescimento em número de religiosas e obras, foi fundada a Província do Paraná.

Até 1926, a presença das irmãs destacava-se em atividades educacionais e de formação feminina nos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná.

Hoje, a ação missionária do Paraná atinge os estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, como também os seguintes países: Argentina, Chile, Uruguai, México e Moçambique.

Já a Congregação de São Paulo abrange cidades como: São Paulo, Bauru, Araçatuba, Birigui, Marília, Espírito Santo do Pinhal, Caçapava e Adamantina.

Segundo Garcia (1997), Bauru, por sua vez, tem lugar de destaque no desenvolvimento do trabalho realizado pelo IASCJ. O primeiro colégio no

---

Estado de São Paulo, sob a responsabilidade da Congregação, é o Colégio São José, localizado em Bauru e fundado em 1927. A partir desse ano ampliou-se significativamente a atuação das irmãs no setor educacional, multiplicando-se os colégios e a diversificação de cursos. O ensino de nível superior foi instituído com a Fundação da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras, em Bauru, em 1954, FAFIL, a qual se tornou posteriormente a Universidade do Sagrado Coração de Jesus, USC.

Atualmente, o maior número de religiosas atua no setor hospitalar. No entanto, elas continuam trabalhando no setor educacional e também assistencial como asilos, creches, orfanatos e pensionatos.

As religiosas desta congregação, como vimos, optam por dedicarem anos de suas vidas ao bem estar do próximo. Tanto em instituições de ensino, como em hospitais e asilos, dedicam-se a amenizar o sofrimento alheio.

Abdicam do convívio com seus familiares para viverem em uma comunidade com outras religiosas, sem luxos ou requinte. Fazem voto de castidade e de dedicação exclusiva ao IASCJ, seguindo sua hierarquia e rituais religiosos.

Não casam, não geram filhos, nem constituem família, como a maioria da população faz. Será que isso gera alguma repercussão emocional em suas vidas?

Sentem-se satisfeitas com seu estilo de vida?

Qual será a sua Qualidade de Vida, especialmente quando envelhecem?

---



## *2 - Objetivos*

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 – Objetivos Gerais**

- Ampliar os conhecimentos sobre Qualidade de Vida na população de religiosas idosas, através de um Estudo de Caso de uma comunidade específica.

### **2.2 – Objetivos Específicos**

- Resgatar o histórico do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, desde sua formação aos dias atuais;
  - Estudar a qualidade vida e o nível de satisfação das religiosas idosas e pertencentes à Congregação de São Paulo do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus;
  - Comparar os resultados da avaliação da Qualidade de Vida desta comunidade de religiosas idosas com os resultados de estudos prévios, sobre a Qualidade de Vida da população do município de Botucatu.
-

## *3 - Materiais e Métodos*

---

## 3 – MATERIAIS E MÉTODOS

### 3.1 – Materiais

O instrumento utilizado para avaliar a QV das religiosas idosas baseou-se na Escala de Qualidade de Vida de Flanagan - EQVF, porém, devido às características dos sujeitos da pesquisa, foi adaptado.

Isto, porque a EQVF foi desenvolvida com adultos idosos e não idosos e buscamos com as adaptações, diminuir um possível confundimento das religiosas idosas nas interpretações das opções de respostas, sem entanto, deixarmos de abordarmos todos os domínios propostos originalmente pelo autor.

Flanagan (1982) a desenvolveu nos EUA, após estudo com cerca de três mil indivíduos, com idades entre 30, 50 e 70 anos. Trata-se de uma escala psicométrica com quinze itens com cinco dimensões distintas, avaliando o grau de satisfação, sendo elas:

1. Bem Estar Físico e Material;
2. Relação com Outras Pessoas;
3. Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas;
4. Desenvolvimento Pessoal e Realização;
5. Recreação.

Como a EQVF busca avaliar a qualidade de vida das pessoas, relacionando o grau de satisfação pessoal com os cinco domínios acima, as opções de respostas para as questões variam de muito insatisfeito, insatisfeito, pouco insatisfeito, indiferente, pouco satisfeito, satisfeito a muito satisfeito.

Por ser multidimensional, o instrumento tem sido amplamente utilizado na literatura científica mundial e teve seu uso iniciado no Brasil por Hashimoto, em 1996, ao avaliarem a qualidade de vida de pacientes ostomizados; validada por Nasser (1999) e citada por Santos (2002), como um instrumento válido, de fácil aplicação e interpretação.

No Formulário de Pesquisa utilizado neste estudo, conforme o anexo 9.3, a EQVF, em sua versão traduzida, foram modificadas algumas questões, como descrito adiante e algumas opções de respostas, com a

---

---

finalidade de diminuir possíveis constrangimentos e variações de interpretações, considerando serem os sujeitos da pesquisa, religiosas idosas.

Houve supressão da questão “Qual sua satisfação em relação ao seu relacionamento íntimo com esposo, namorado ou companheiro?”, questão do domínio Relação com Pessoas, especificamente quanto ao relacionamento com o cônjuge, pois foi considerada constrangedora para a população abordada.

Outra questão suprimida do formulário foi “Qual sua satisfação em relação à sua constituição familiar?”, pertencente à análise do mesmo domínio, pois pela opção religiosa da não geração de filhos, nem se casarem.

Além disso, optamos por alterar a forma de respostas de algumas questões visando um melhor entendimento por parte das religiosas idosas.

Na questão sobre cultivar amizades, que também analisa o domínio Relação com Pessoas, optou-se por serem as respostas sim, ou não, ao invés das sete opções de grau de satisfação.

Nas questões sobre o domínio Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas, optou-se por serem as opções de respostas sim, quase sempre, às vezes ou não, avaliando melhor a frequência das suas ações, assim como uma questão do domínio Recreação, quanto à frequência com que a religiosa costuma assistir TV, cinema, ouvir música ou realizar leitura.

### **3.2 – Métodos**

Esta pesquisa representa um Estudo de Caso, o qual trata-se de um tipo de pesquisa epidemiológica e consiste na aplicação de um método quantitativo de coleta de informações, descrevendo um grupo de pessoas ou instituição de forma longitudinal.

O Formulário de Pesquisa foi aplicado na forma de entrevista direta e individual, seguindo as Diretrizes Nacionais e Internacionais para Pesquisa em Seres Humanos do Conselho para Organização Internacional de

---

---

Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Após definirmos os objetivos e os aspectos a serem avaliados neste estudo, em segundo, buscamos o consentimento formal da responsável pela Congregação de São Paulo do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, com sede na cidade de São Paulo.

Feito isto, com base em informações da própria congregação, elaborou-se uma lista contendo nome, telefone e endereço das religiosas idosas e residentes nas cidades distantes até 200 quilômetros do centro de pesquisa, Bauru, onde residiam religiosas idosas da Congregação de São Paulo do IASCJ, sendo elas: Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú.

Partimos então, para a pesquisa de campo para obtenção dos dados.

As irmãs foram contatadas previamente por telefone, sendo orientadas quanto aos objetivos e caráter deste estudo, com agendamento da entrevista. As mesmas foram informadas sobre os procedimentos, da preservação da privacidade e do livre arbítrio das mesmas em participarem ou não.

Para a aplicação deste formulário, houve a colaboração voluntária de uma entrevistadora, a qual foi prévia e devidamente treinada quanto ao Formulário de Pesquisa e como proceder antes e durante as entrevistas.

Após a coleta, os dados, obtidos da aplicação do Formulário de Pesquisa, foram cadastrados num banco de dados do programa de estatística “S.P.S.S.”, versão 15.0, para *Windows*, do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu. UNESP.

### **3.3 – Sujeitos da Pesquisa: Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus**

Avaliou-se um grupo de mulheres religiosas com 60 anos ou mais, pertencente à ordem religiosa católica “Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus - IASCJ”, especialmente da Congregação de São Paulo.

Trata-se de um grupo de religiosas idosas e com estilo de vida diferenciado, em que a disciplina e o apoio mútuo são bastante valorizados,

---

além é claro, da opção religiosa que determina o não matrimônio e a ausência de filhos.

Esta ordem religiosa tem mais de um século de atuação no Brasil, e sua história é marcada pelas ações sociais principalmente nas áreas assistenciais da educação e da saúde, incluindo o amparo a idosos.

Pesquisou-se inicialmente o histórico do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, bem como suas principais características, por meio de livros sobre a mesma, sendo a maioria destes, editados junto à própria Editora da Universidade do Sagrado Coração, Edusc.

Foram excluídas do estudo as religiosas não idosas ou pertencentes a outras congregações de outros estados, as institucionalizadas, as residentes ou em viagem ao exterior durante a realização da pesquisa. Formou-se então, um conjunto com 30 religiosas idosas que atendiam às especificações acima.

---

## *4 - Resultados*



## 4 – RESULTADOS

Inicialmente foram selecionadas 30 religiosas, mas duas se recusaram a participar da pesquisa. Foram, portanto, entrevistadas 28, residentes em Bauru, Marília, Araçatuba, Birigui e Jaú e pertencentes à Congregação de São Paulo do IASCJ.

Neste grupo, conforme Tabela 1 a seguir, observamos idade média de 72,2 anos e quanto ao nível educacional observamos um predomínio do “superior completo”, com porcentagem de 82,1% e predomínio da raça branca, em percentual de 85,7%. A grande maioria reside em Bauru (50%) e Marília (21,4%).

Tabela 1 – “Descrição da população das religiosas idosas e pertencentes à congregação de São Paulo, do IASCJ e residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú, segundo idade, raça e nível educacional, 2008”

Aspectos	Variáveis	N	%
IDADE (em anos)	60 a 69	10	36%
	70 a 79	11	39%
	80 ou +	7	25%
	<i>(TOTAL)</i>	<i>(28)</i>	<i>(100%)</i>
RAÇA	Branca	24	85,7%
	Negra	1	3,6%
	Parda / Mulata	2	7,1%
	Oriental	1	3,6%
	<i>TOTAL</i>	<i>28</i>	<i>100%</i>
NÍVEL EDUCACIONAL	Superior Completo	23	82,1%
	Superior Incompleto	1	3,6%
	Colegial Completo	0	0%
	Colegial Incompleto	4	14,3%
	<i>TOTAL</i>	<i>28</i>	<i>100%</i>
CIDADE DE RESIDÊNCIA	Bauru	14	50%
	Marília	6	21,4%
	Birigui	3	10,7%
	Araçatuba	4	14,3%
	Jaú	1	3,6%
	<i>TOTAL</i>	<i>28</i>	<i>100%</i>

Em relação às respostas dadas pelas religiosas idosas ao Formulário de Pesquisa, quanto aos domínios que se propõem a medir a Qualidade de Vida, conforme a Tabela 2, a seguir, observa-se os seguintes aspectos:

- ✦ No domínio “bem estar físico e material”, há um nítido predomínio de respostas com elevada satisfação, principalmente na questão material, pois para as três questões que a abordam, a média de respostas para foi de 90,5% para “muito satisfeita” e quanto à questão de saúde, 32,1% consideram-se satisfeitas e 50%, muito satisfeitas;
  - ✦ No domínio “relações com outras pessoas”, 92,8% das religiosas consideram-se muito satisfeitas com seu relacionamento com irmãos e parentes e, também, 92,8% delas, disseram que procuram cultivar amigos;
  - ✦ No domínio “atividades sociais, comunitárias e cívicas”, 92,8% das entrevistadas afirmaram sentirem-se úteis no seu ambiente social, porém 50% não realizam trabalhos voluntários fora de sua residência e, quanto ao lazer, somente 42,9% delas contém reuniões com amigos, esportes em grupo ou participação em associações;
  - ✦ No domínio “desenvolvimento pessoal e realização”, em todas as quatro questões feitas, as religiosas consideram-se predominantemente entre satisfeitas, e muito satisfeitas;
  - ✦ No domínio “recreação”, quanto à sua satisfação na participação em atividades de lazer, 67,8% consideram-se entre satisfeitas (21,4%) ou muito satisfeitas (46,4%) e quanto ao costume de assistir TV ou cinema, ouvir música ou realizar leituras, 89,3% das respostas foi afirmativa a este hábito de vida;
-

TABELA 2 – “Descrição da população das religiosas idosas e pertencentes à congregação de São Paulo, do IASCJ e residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú, segundo respostas dadas ao Formulário de Pesquisa, adaptado da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, em 2008”

Domínios	Questões	Variáveis – N (%)							TOTAL
BEM ESTAR FÍSICO E MATERIAL	O quanto a Sra. está contente com a saúde?	MI 0	I 0	PI 1 (3,6)	Ind 0	PS 4 (14,3)	S 9 (32,1)	MS 14 (50)	28 (100%)
	Qual a satisfação do conforto de sua casa?	MI 0	I 1 (3,6)	PI 0	Ind 0	PS 0	S 3 (10,7)	MS 24 (85,7)	28 (100%)
	Qual sua satisfação do lugar onde mora?	MI 0	I 0	PI 1 (3,6)	Ind 0	PS 1 (3,6)	S 1 (3,6)	MS 25 (89,3)	28 (100%)
	Qual sua satisfação da situação financeira?	MI 1 (3,6)	I 0	PI 0	Ind 0	PS 0	S 0	MS 27 (96,4)	28 (100%)
RELAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS	Qual sua satisfação do relacionamento com irmãos ou parentes?	MI 0	I 0	PI 0	Ind 0	PS 1 (3,6)	S 1 (3,6)	MS 26 (92,8)	28 (100%)
	A Senhora procura cultivar amigos?	NÃO 2 (7,2)						SIM 26 (92,8)	28 (100%)
ATIVIDADES SOCIAIS, COMUNITÁRIAS E CÍVICAS	A Senhora é ativa na comunidade e sente-se útil no seu ambiente social?	NÃO 0		AV 1 (3,6)		QS 1 (3,6)		SIM 26 (92,8)	28 (100%)
	A Sra. faz trabalho voluntário fora de casa?	NÃO 14 (50)		AV 1 (3,6)		QS 0		SIM 13 (46,4)	28 (100%)
	No lazer tem reuniões com amigos, esporte em grupo ou participação em associações?	NÃO 9 (32,1)		AV 6 (21,4)		QS 1 (3,6)		SIM 12 (42,9)	28 (100%)
DESENVOLVIMENTO PESSOAL E REALIZAÇÃO	Qual sua satisfação com sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?	MI 0	I 0	PI 0	Ind 1 (3,6)	PS 4 (14,3)	S 10 (35,7)	MS 13 (46,4)	28 (100%)
	Qual sua satisfação com a capacidade de adquirir novas habilidades manuais?	MI 0	I 1 (3,6)	PI 1 (3,6)	Ind 3 (10,7)	PS 2 (7,1)	S 4 (14,3)	MS 17 (60,7)	28 (100%)
	Qual sua satisfação com sua capacidade para o trabalho?	MI 0	I 0	PI 0	Ind 0	PS 1 (3,6)	S 7 (25)	MS 20 (71,4)	28 (100%)
	Qual sua satisfação com a capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia?	MI 0	I 0	PI 0	Ind 0	PS 1 (3,6)	S 13 (46,4)	MS 14 (50)	28 (100%)
RECREAÇÃO	Qual sua satisfação com sua participação em atividades de lazer?	MI 1 (3,6)	I 0	PI 2 (7,1)	Ind 3 (10,7)	PS 3 (10,7)	S 6 (21,4)	MS 13 (46,4)	28 (100%)
	Costuma ouvir música, assistir à TV ou cinema, fazer leitura ou outros?	NÃO 0		AV 2 (7,1)		QS 1 (3,6)		SIM 25 (89,3)	28 (100%)

Legenda: MI= muito insatisfeito; I= insatisfeito; PI= pouco insatisfeito; Ind= indiferente; PS= pouco satisfeito; S= satisfeito; MS= muito satisfeito; QS= quase sempre; AV= às vezes.

Conforme a Tabela 2 observou-se grande predomínio de respostas entre as opções satisfeita e muito satisfeita, para os domínios bem estar físico e material, relação com outras pessoas e desenvolvimento pessoal e realização.

Quanto aos domínios de Atividades Sociais, Comunitárias e Cívicas e de Recreação, apesar das religiosas idosas dizerem-se satisfeitas, em sua maioria, vê-se uma menor predominância das respostas “satisfeita” e “muito satisfeita”.

---

## *5 - Discussão*

## 5 – DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo contrariam as afirmações de Sprangers (2000), o qual concluiu em seu estudo que fatores como idade avançada, sexo feminino, baixo nível de escolaridade e não ter companheiro estariam relacionados a baixos níveis de QV.

Dentre os vários aspectos sociais abordados, destaca-se o alto índice de religiosas idosas com nível educacional superior completo, 82,1%. Este aspecto pode estar associado ao fato da Congregação de São Paulo ter estreita relação com educação, visto ter sido responsável pela abertura do primeiro colégio do IASCJ (Colégio São José, Bauru, 1927) e também por haver fundado uma Faculdade (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, em 1954) que veio a se tornar a Universidade do Sagrado Coração de Jesus, USC. As religiosas desta congregação têm acesso livre à formação educacional de nível superior, junto a esta faculdade, mesmo que não desenvolvam suas funções diretamente nesta.

Se compararmos este aspecto educacional, com o Perfil da População Idosa do Município de Botucatu, segundo Jóia (2004), vê-se uma diferença marcante entre estas duas populações. Enquanto a população em geral apresentou, conforme amostra de 365 entrevistados, um índice em torno de 9% para o nível de escolaridade superior completo, as religiosas idosas estavam em proporção nove vezes maior.

Quanto à média de idade, as religiosas idosas, com 72,2 anos mostraram-se semelhantes à da população feminina de Botucatu, com 71,4 anos. Entretanto, observa-se que as religiosas idosas apresentam uma divisão um pouco diferente da população feminina de Botucatu, considerando as faixas etárias de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e acima de 80 anos. As religiosas idosas, segundo estas faixas etárias, dividem-se respectivamente nas porcentagens de 36%, 39% e 25%, enquanto que a população feminina de Botucatu apresentou os índices 45,8%, 35,3% e 18% para estas faixas etárias.

---

Quanto à satisfação das religiosas idosas em comparação à satisfação da População de Botucatu, sem distinção de gêneros, observamos que:

- ✦ Em relação à satisfação pessoal com a saúde, as religiosas estão 96,4% satisfeitas e apenas 3,6% insatisfeitas, enquanto que a população geral mostrou-se satisfeita em 58,9% e insatisfeita em 17,3%;
  - ✦ Em relação à situação financeira pessoal, as religiosas mostraram-se 96,4% satisfeitas e 3,6% insatisfeitas, enquanto a população geral mostrou-se satisfeita em 47,1% e insatisfeita em 23,3%;
  - ✦ Em relação à satisfação na participação individual em atividades de lazer, as religiosas estão 79,6% satisfeitas e 10,7% insatisfeitas, enquanto que a população geral mostrou-se satisfeita em 59,1% e insatisfeita em 15,9%;
  - ✦ Em relação à capacidade de aprendizagem em cursos, palestras ou escolas, as religiosas estão satisfeitas em 96,4% e insatisfeitas em 3,6%, enquanto que a população geral mostrou-se satisfeita em 43,6% e insatisfeita em 40%;
  - ✦ Quanto à satisfação pessoal com os outros aspectos de vida comparados, como a capacidade de desempenho das atividades do dia-a-dia, capacidade para realização de trabalho (emprego ou casa), conforto do domicílio e lugar onde moram, as religiosas idosas mostraram-se praticamente 100% satisfeitas, enquanto que a População de Botucatu revelou-se satisfeita nestes aspectos, respectivamente, em 64,4%, 59,6%, 89,3% e 91,5%.
-

Nota-se um maior índice da satisfação pessoal das religiosas idosas em todos os aspectos de vida comparados com a População de Botucatu, conforme Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Comparativo da satisfação pessoal, em diferentes aspectos de vida, entre as religiosas idosas e a População de Botucatu, conforme Jóia (2004), em porcentagem.

<b>ASPECTOS DE VIDA</b>	<b>Religiosas Idosas</b>	<b>População de Botucatu</b>
<b>1 – SATISFAÇÃO COM SUA SAÚDE</b> Satisfeitas Indiferentes Insatisfeitas	96,4% 0% 3,6%	58,9% 23,8% 17,3%
<b>2 – SATISFAÇÃO COM AS FINANÇAS</b> Satisfeitas Indiferentes Insatisfeitas	96,4% 0% 3,6%	47,1% 29,6% 23,3%
<b>3 – SATISFAÇÃO COM O LAZER</b> Satisfeitas Indiferentes Insatisfeitas	79,6% 10,7% 10,7%	59,1% 24,4% 15,9%
<b>4 – CAPACIDADE DE APRENDIZAGEM EM CURSOS, PALESTRAS E ESCOLAS</b> Satisfeitas Indiferentes Insatisfeitas	96,4% 3,6% 0%	43,6% 16,4% 40%
<b>5 – CAPACIDADE DE DESEMPENHO NAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA</b> Satisfeitas	100%	64,4%
<b>6 – CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> Satisfeitas	100%	59,6%
<b>7 – CONFORTO DO DOMICÍLIO</b> Satisfeitas	100%	89,3%
<b>8 – LUGAR ONDE MORA</b> Satisfeitas	96,4%	91,5%



Junto ao ambulatório de Coronariopatias, do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, foi realizado um Estudo de Caso por Medeiros e Padial, publicado em 2007, no qual foram entrevistadas, segundo a EQVF (versão adaptada), 50 mulheres em acompanhamento neste serviço.

Os resultados daquele estudo evidenciaram uma média de idade aproximada de 60 anos, sendo estas, em sua maioria, de etnia branca, casadas e católicas. Em relação à satisfação pessoal, em todos os aspectos de vida avaliados, as mulheres da amostra, mostraram-se menos satisfeitas do que as religiosas idosas, conforme o Quadro 2, a seguir.

Quadro 2 – “Comparativo da satisfação pessoal, em diferentes aspectos de vida, entre as religiosas idosas e mulheres idosas do Ambulatório de Coronariopatias do IDPC, conforme Medeiros e Padial (2007), em porcentagem.”

<b>ASPECTOS DE VIDA</b>	<b>Religiosas Idosas</b>	<b>Mulheres do Amb. De Coronariopatias - IDPC</b>
<b>1 – EM RELAÇÃO À SAÚDE</b> Satisfeitas / Muito Satisfeitas	100%	40%
<b>2 – QUANTO AO SUPORTE MATERIAL</b> Satisfeitas / Muito Satisfeitas	95,2%	30%
<b>3 – RELACIONAMENTO COM PARENTES</b> Satisfeitas / Muito Satisfeitas	96,4%	30%
<b>4 – CAPACIDADE PARA O TRABALHO</b> Satisfeitas / Muito Satisfeitas	96,4%	50%
<b>5 – ATIVIDADES DE RECREAÇÃO ATIVA</b> Satisfeitas / Muito Satisfeitas	67,8%	19%

Nota-se uma diferença ainda maior entre o nível de satisfação das religiosas idosas, em comparação ao das mulheres freqüentadoras do ambulatório do IDPC, entrevistadas por Medeiros e Padial (2005), do que a comparação anterior (Quadro 1) com os índices da População de Botucatu, segundo Jóia (2004).

Podemos justificar estas diferenças tão marcantes, na comparação da satisfação pessoal em diferentes aspectos de vida, provavelmente, devido ao fato de terem sido abordadas pacientes, até com menor média de idade, porém coronariopatas.

Conforme Berwanger (2005), as doenças cardiovasculares, DCV, dentre elas as coronariopatias, representam a principal causa de mortalidade e incapacidade no Brasil, superando, no caso das mulheres, os impactos de doenças como o Câncer de Mama e a AIDS.

Em um Estudo de Caso por Santos (2002), realizado em João Pessoa, Paraíba, com 128 idosos entrevistados, a EQVF mostrou-se eficiente, com resultados evidenciando que, no geral, a amostra foi de pouca a moderada satisfação com a Qualidade de Vida. O autor concluiu que a Escala de Flanagan, como instrumento de avaliação, mostrou-se limitada, com resultados variando de acordo com a população abordada e necessitando de adequações, considerando o caráter subjetivo dos conceitos sobre QV e o entendimento dos idosos quanto a aplicação da escala.

De acordo com Arnold (2004), o julgamento que cada indivíduo faz de sua qualidade de vida global deve ser considerado. O indivíduo associa diferentes aspectos de vida na avaliação global de sua QV, sendo que esta pode ser percebida como boa ou ruim de acordo como cada indivíduo vivencia a velhice. A interpretação emocional de diferentes fatos, feita pelas pessoas, depende de sua percepção subjetiva dos acontecimentos e de suas condições de vida.

Segundo Rogerson (1995), a interpretação da avaliação global da QV de vários indivíduos, mesmo tendo resultados semelhantes, pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

---

## *6 - Conclusões*

---

## 6 – CONCLUSÕES

As 28 religiosas idosas entrevistadas mostraram-se bastante satisfeitas quanto aos aspectos de vida avaliadas pelo Formulário de Pesquisa aplicado, sendo este, uma versão adaptada da EQVF.

O instrumento utilizado mostrou-se de fácil aplicação e entendimento, pelas entrevistadas, visto todas as questões terem sido respondidas, sem respostas em branco.

As alterações realizadas nas opções de respostas de várias questões, a fim de evidenciar melhor a frequência com que alguns eventos ocorriam, mostraram-se de melhor entendimento, porém tornaram os resultados da aplicação do Formulário de Pesquisa de mais difícil comparação com outros estudos que utilizaram a EQVF.

O resgate do histórico do IASCJ mostrou o porquê das religiosas idosas da Congregação de São Paulo terem apresentado um alto nível de escolaridade, associado, provavelmente, ao mais fácil acesso a diferentes faculdades de graduação, junto à Universidade do Sagrado Coração de Jesus, Bauru, desde 1954.

Também, entendemos melhor a origem desta entidade, que há mais de um século tem contribuído para a população de nosso país, por meio de estímulo ao ensino, cuidando de pacientes em hospitais e asilos, além de manterem-se fiéis às suas convicções religiosas, testemunhando sua fé e devoção.

---

## *7 - Considerações Finais*

---

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos neste estudo, apesar da satisfação evidente, de uma forma geral, das religiosas idosas, quanto aos aspectos avaliados nos cinco domínios, encontramos menores índices de satisfação quanto ao de atividades sociais, comunitárias e cívicas.

O índice de satisfação, quando questionadas sobre a realização de trabalhos voluntários fora de casa, mostrou-se negativo em 50% das respostas, o que sugere uma baixa frequência de realização desta ação.

Também observamos um menor índice de respostas quanto à presença, dentre as atividades de lazer, de reuniões com amigos, esportes em grupo ou participação em associações, pois 53,4% delas responderam entre “não” e “às vezes”.

Segundo Sanches Del Pino (2003), os idosos com limitações em seu ambiente físico, têm cinco vezes mais chances de ter Depressão. Segundo Neri (1993), quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação com a vida.

Logo, estes menores índices vistos quando indagadas da realização de atividades voluntárias fora do domicílio e das atividades presentes em seu lazer, por parte das religiosas idosas, merece maior atenção das responsáveis pelo IASCJ, a fim de incrementarem a participação delas em tais atividades visando prevenir o isolamento social e suas conseqüências emocionais e posteriormente, até físicas.

As religiosas idosas contam com uma estrutura de amparo importante do IASCJ, o qual fornece moradia, recursos financeiros, cuidados de saúde e ainda residem com outras religiosas, de diferentes idades, as quais fornecem suporte emocional e as ajudam quando necessário. Muito provavelmente, esta rede de suporte do IASCJ contribui para estes índices tão elevados de satisfação com sua Qualidade de Vida.

---

## *8 - Bibliografía*

---

## 8 – BIBLIOGRAFIA

- Aldestein A. "Tuberculosis death: a generation effect". *Pop Trendes*. 1997; 8:20-3.
- Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. *The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases*. *Qual Life Res*. 2004;13:883-96.
- Awad G, Voruganti LNP. "Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life". *Schizophr Bull* 2000;26:557-64.
- Berwanger O. Metanálises e recentes estudos na mulher. In: Xavier HT. *Risco cardiovascular na mulher*. São Paulo: BBS; 2005. p.167-183.
- Bowling A. "What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life". *Soc Sci Med*. 1995; 41:1447-62.
- Carvalho JAM. "Regional trends in fertility and mortality in Brazil. *Population Studies*", 1974; 28:401-421.
- Castellano PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, org. *Condições de vida saúde e movimento*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997;p.31-79.
- Costa-Neto SB. *Qualidade de Vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço (Tese de doutorado)*. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2002.
- Cotta RMM, Suarez – Varela MM, Cotta Filho JS, Gonzalez AL, Ricos JAD. "La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud". *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 114:253-6.
- Flanagan JC "Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests". *Educ Resour*. 1976;5:9-12.
- Flanagan JC "The contribution of educational institutions to the quality of life of Americans". *Int Rev Appl Psychol*. 1983;32:275-88.
- Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Cachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras Psiquiatr* 1999; 21:21-8.
- Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2003;37:793-9.
- Garcia JT. *Centenário de fundação das apóstolas do sagrado coração de Jesus*. Bauru: Edusc; 1997.
- Garrido R, Menezes P. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24 suppl: 3-6.
-



- Hashimoto H, Guedes SL, Pereira VC. O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan [monografia]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1996.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). “Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil”. Brasil; 2002.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Brasil, 2004. Rio de Janeiro; 2004.
- Kalache, A, Keller, I. “*The greying world: a challenge for the 21st century*”. *Sci Prog*. 2000; 83:33-54.
- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial- um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:200-10.
- Medeiros SL, Padial R. “Doença arterial coronária no climatério e exclusão social”, *Rev Saúde e Soc*. 2007;16:45-58.
- McKeown T, Lowe CR. *Introducción a la medicina social*. 4a ed. Siglo XXI, México. 365 pp.
- Ministério da Saúde. “Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”; série A – normas e manuais técnicos; 2nd ed, Brasília; 2006.
- Mynaio MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5:7-18.
- Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2nd ed. Londrina: Midiograf; 2001.
- Nassar SM, Gonçalves LHT. Avaliação de uma escala de medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm*. 1999<sup>a</sup>;8:99-110.
- Néri AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas:Papirus; 1993.
- Organização Mundial da Saúde. “Working for Health: an introduction to the World Health Organization”, suíça: WHO press; 2007.
- Organização Mundial da Saúde. “Older persons in emergencies : an active ageing perspective”, Suíça: WHO press; 2008.
- Paim JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In:Barata RB, org. *Condições de vida e situação de saúde. saúde e movimento*. Rio de Janeiro:Abrasco;1997.p.7-30.
- Parati I, Melo S. Apóstolas do sagrado coração de Jesus 100 anos de presença no Brasil. São Paulo: Cromos Editora e Industria gráfica; 1999.
- Rogerson RJ. Environmental and health related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Soc Sci Med*. 1995;41:1373-82.
- Sánchez del Pino ACS. *Calidad de vida en la atención al mayor*. *Rev Mult Gerontol*. 2003;13:188-92
- Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Ver Latinoam Enfermagem* 2002;10:757-64.
-

---

Senado Federal (BR). Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003.

Sigerist H. *The University at the Crossroad*. New York. Henry Schumann Publisher; 1956.

Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *Br J Cancer*. 1988; 57:109-12.

Sprangers MA, Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. *Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?* *J Clin Epidemiol*. 2000;53:895-907.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-10.

Wernet A, Sbissia F. *Apostolas do sagrado coração de Jesus*.– BAURU: Edusc; 1999a. v1.

Wernet A, Loudes M. *Apostolas do sagrado coração de Jesus*.– BAURU: Edusc; 1999b. v2.

World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

---

9 - *Anexos*

## 9 – ANEXOS

### 9.1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da USC, Bauru (SP)



**PRPPG**  
Pró-reitoria  
de Pesquisa e  
Pós-graduação

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

*Protocolo n.º 173/08*

**Título do Projeto:** *“Estudo da Qualidade de Vida das Religiosas Idosas e Pertencentes à Província de São Paulo do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, Residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú”*

**Pesquisador (a) Responsável:** Lilson Long de Oliveira

**Comitê de Ética:**

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

**Data:** 12/12/08

**Assinatura do Presidente:**

*Prof. Dr. Mareos da Cunha Lopes Virmond*

## 9.2 – Consentimento da Congregação de São Paulo do IASCJ



INSTITUTO DAS APÓSTOLAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS  
R. Cel. Melo de Oliveira, 221 - 05011-040 – São Paulo – SP  
Fone: (11) 3202.8700 - Fax: (11) 3672-6294  
E-mail: [apostolas-sp@apostolas.org.br](mailto:apostolas-sp@apostolas.org.br) - Home Page: [www.apostolas.org.br](http://www.apostolas.org.br)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, abaixo-assinada, Ir. Marisabel Leite, na vida civil, Maria Alba Leite, RG 6.059.205 SSP/SP, CPF 708.396.708-34 na qualidade de Superiora Provincial do INSTITUTO DAS APÓSTOLAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS, Província de São Paulo, com Sede à Rua Coronel Melo de Oliveira, 221, São Paulo, SP, BRASIL, CEP-05011-040, Fone (11) 3202-8700, Fax: (11) 3672 6294, e-mail: [apostolas-sp@apostolas.org.br](mailto:apostolas-sp@apostolas.org.br), **AUTORIZO A PARTICIPAÇÃO** das Irmãs nas coletas de dados e informações e, na aplicação de questionários para fins de pesquisa do trabalho acadêmico de Lilson Long de Oliveira, Mestrando na Área de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, sob o título: “Estudo da qualidade de vida das Religiosas idosas, pertencentes à Província do Estado de São Paulo, do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú”.

São Paulo, 1º de dezembro de 2008.

*Ir. Marisabel Leite (Maria Alba Leite)*  
*Superiora Provincial*

### 9.3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA ATENDENDO A RESOLUÇÃO 196/96- CNS-MS)

*“Estudo da qualidade de vida das religiosas idosas e pertencentes à província de São Paulo do Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, residentes em Bauru, Marília, Birigui, Araçatuba e Jaú”*

A intenção desta pesquisa é de realizar um estudo sobre o estilo e qualidade de vida das pessoas de sessenta anos ou mais. As perguntas a serem respondidas são sobre dieta, atividade física, vida social e cuidados com a saúde. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, a recusa não implicará nenhum prejuízo a senhora, como também poderá se recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, o benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para conhecer o estilo e qualidade de vida dos botucatuenses na terceira idade.

Você poderá contatar o investigador principal no telefone (014) 9741-6550 e ainda você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivo.

Li a informação acima. Foi-me dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Concordo em participar nesta pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento.

**Data**

---

Entrevistado

---

Pesquisador

---

## 9.4 – Formulário da Pesquisa

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Identificação do entrevistador: \_\_\_\_\_

### **BLOCO A) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome \_\_\_\_\_

Data Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Fone \_\_\_\_\_

Escolaridade:

Analfabeto ( ) Sabe escrever o nome ( ) Aprendeu por outro meio ( )

Primário incompleto( ) Primário completo( ) Ginásio incompleto ( )

Ginásio Completo ( ) Colegial incompleto( ) Colegial Completo ( )

Superior Completo( ) Superior Incompleto ( )

Raça:

### **BLOCO B) QUALIDADE DE VIDA**

#### **I) DOMÍNIO BEM ESTAR FÍSICO E MATERIAL**

01 - O quanto a senhora está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigorosa)

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

02-Qual a satisfação da senhora em relação ao conforto de sua casa?

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

03-Qual a satisfação da senhora em relação ao lugar onde mora?

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

04- Qual a satisfação da senhora em relação a sua situação financeira?

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

#### **II) DOMÍNIO DE RELAÇÃO COM OUTRAS PESSOAS**

05- Qual a satisfação da senhora em relação ao seu relacionamento com irmãos ou parentes? (visita e ajuda)

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )

06—A Senhora procura cultivar amigos?

( ) SIM ( ) NÃO

#### **III) ATIVIDADES SOCIAIS, COMUNITÁRIAS E CÍVICAS**

07 - A Senhora é ativa na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

( ) SIM ( ) QUASE SEMPRE ( ) ÀS VEZES ( ) NÃO

08- A Senhora faz algum trabalho voluntário fora de casa?

( ) SIM ( ) QUASE SEMPRE ( ) ÀS VEZES ( ) NÃO

09—Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

( ) SIM ( ) QUASE SEMPRE ( ) ÀS VEZES ( ) NÃO

**IV) DESENVOLVIMENTO PESSOAL E REALIZAÇÃO**

10- Qual a satisfação da senhora em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )      6 ( )      7 ( )

11- Qual a satisfação da senhora em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, música, poemas, artesanato)

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )      6 ( )      7 ( )

12- Qual a satisfação da senhora com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )      6 ( )      7 ( )

13- Qual a satisfação da senhora em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-a-dia?

(reconhecer seu potencial e limitações)

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )      6 ( )      7 ( )

**V) RECREAÇÃO**

14- Qual a satisfação da senhora em relação a sua participação em atividades de lazer?

1 ( )      2 ( )      3 ( )      4 ( )      5 ( )      6 ( )      7 ( )

15- A senhora costuma ouvir música, assistir à TV ou cinema, fazer leitura e outros entretenimentos?

( ) SIM      ( ) QUASE SEMPRE      ( ) ÀS VEZES      ( ) NÃO

Legenda:

1 = Muito Insatisfeita

2 = Insatisfeita

3 = Pouco insatisfeita

4 = Indiferente

5 = Pouco Satisfeita

6 = Satisfeita

7 = Muito Satisfeita