

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

CURSO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

José Antonio Gonçalves Silva

O Perfil Sócio Demográfico e Qualidade de Vida dos Idosos

Assistidos em Domicílio

São Paulo – SP  
2016

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO - UNISA

CURSO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

José Antonio Gonçalves Silva

O Perfil Sócio Demográfico e Qualidade de Vida dos Idosos

Assistidos em Domicílio

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof<sup>a</sup>/ Dr<sup>a</sup>. Jane de Eston Armond

São Paulo – SP  
2016

**Silva, José Antonio Gonçalves**

O Perfil Sócio Demográfico e Qualidade de Vida dos Idosos Assistidos em Domicilio / José Antonio Gonçalves Silva. São Paulo: UNISA/ Universidade de Santo Amaro, 2014. XIII, 100f.(nº de paginas)

**Orientadora:** Jane de Eston Armond

Dissertação (Mestrado) – UNISA / Universidade de Santo Amaro / programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, 2016.

**Titulo em inglês:** Elderly, profile Sociodemographic, Quality of Life and care Homecare

**Palavras-chave:** Idosos, Perfil Sócio Demográfico, Qualidade de Vida e cuidados Domiciliar...

**DEDICO ESTA OBRA...**

A todos os idosos do mundo...

“A melhor idade, Envelhecer á uma dadiva que deve ser encarada não como um ser;  
encarada não como um perda de habilidades, mas como uma oportunidade para  
transmitir os conhecimentos adquiridos ao longo da vida.”

(aquarelas de Marcel Reynaert)

"Quando a velhice chegar, aceite-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes ama-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um ser humano. Mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres".

**(Sêneca. filósofo romano).**

## Agradecimentos

- ✓ Primeiro a DEUS nosso pai celestial por me permitir respirar o AR da vida todas às 24hs dia a pós dia no amanhecer.
- ✓ A minha orientadora Dr<sup>a</sup>. Jane de Eston Armond, responsável pelo fundamental aprendizado de que ciência é o meio e que pesquisa é fundamental para a comprovação de um estudo. Expresso minha imensa gratidão, pela paciência e não ter me jogado ao vento durante vários momentos deixei a desejar, meu muito obrigado.
- ✓ Agradeço os familiares dos IDOSOS, que por vários momentos os incomodei com aplicações dos instrumentos de pesquisas e também os IDOSOS que tiveram grande importância para a conclusão desta pesquisa, pois sem a participação de você nada seria feito e teríamos os resultados que tivemos.
- ✓ Agradeço também aos colaboradores que se fazem presentes na vida destes IDOSOS, que são considerados anjos na vida nestas pessoas que na maioria das vezes precisam somente de atenção. Vocês são realmente anjos. PARABÉNS!
- ✓ Agradecer minha família que por diversas vezes dedicaram parte de seus momentos de lazer para me fazer ficar acordado para concluir esta obra. Obrigado por estarem presente na minha vida...
- ✓ **Agradecimento especial aos meus amigos espirituais que sempre estiveram comigo. (anjos da guarda) – LUZ ETERNA PARA CONTINUAREM SEUS TRABALHOS... Obrigado!**

## RESUMO

**Silva, José Antonio Gonçalves.** O Perfil Sócio Demográfico e Qualidade de Vida dos Idosos Assistidos em Domicílio. Um estudo de representação social. 2014 – Dissertações (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Santo Amaro-UNISA

Este trabalho se propôs a estudar como se estabelecem as relações de cuidados entre o profissional cuidador, familiares e o idoso no aspecto sócio demográfico e qualidade de vida dos idosos assistido em seus domicílios. O objetivo deste estudo configura-se de uma pesquisa do tipo exploratória com análise quantitativa, prospectiva, com uma amostragem de 50 idosos atribuídos entre o gênero masculino e feminino e idade superior a 60 anos de idade, tivemos um N de 33(66%) masculinos e N de 17(34%) feminino, as idades variaram entre 60-90 anos com predominância nas idade de 80-89 anos N de 24(48%) e um N de 24(48%) eram viúvos(as), que atualmente recebem cuidados domiciliares, sendo os mesmos capazes de responder todos os tipos de questionamento. A metodologia utilizada foi à quantitativa de representação social e a estratégia metodológica para análise das entrevistas foi o discurso do sujeito coletivo – DSC. Diferentes representações sociais foram extraídas dos instrumentos usados na pesquisa descritos nesta tese de mestrado. Quanto ao significado dos cuidados foram referidos: o afeto que recebiam dos cuidadores, a dedicação para executar as tarefas, a solidão que sentiam por falta de seus familiares. Já em outros momentos, alguns idosos se consideram cada vez mais fortes e dispostos a seguir em frente diante dos fatos que os cercam, pois para muitos idosos, qualidade de vida é associada à valorização, apoio a saúde, conforto, boas amizades e reconhecimentos dos seus conhecimentos de vida um dia esquecidos. Podemos certificar que a presença de um membro que não seja familiar os deixa um tanto quanto tristes gerando várias dúvidas que envolvam o sentimento, levando a crer que o fator psicológico realmente prejudica a reabilitação desse idoso.

Também podemos perceber nos resultados que os cuidados são peças de fundamental importância nestas etapas de reabilitação.

As considerações finais nos permitem concluir que a pesquisa vem de encontro com o que esperávamos, a cada dia que passa a taxa de idosos tem crescido dia a dia, o número de idosos independentes e que se orgulha de pertencer ao um grupo de pessoas que voltou a ter o seu valor reconhecido, com a preservação da sua autonomia e independência que são buscas contínuas no cotidiano de suas vidas. Através dos discursos dos idosos foi possível compreender suas necessidades, anseios, desejos, possibilitando uma reflexão sobre o envelhecimento e suas implicações.

**Palavras-chave:** Idosos, Perfil Sócio Demográfico, Qualidade de Vida e Cuidado Domiciliar...

## SUMMARY

**Silva, José Antonio Gonçalves.** The Socio Demographic Profile and Quality of Life of Elderly Assisted at Home. A study of social representation. 2014 - Dissertations (master's degree) - Health Sciences Center University of Santo Amaro – UNISA.

This work is proposed to study how are established the caring relationships between professional caregiver, family and the elderly in the socio demographic aspect and quality of life of older people assisted in their households. The aim of this study is a survey of exploratory type with quantitative analysis, foresight, with a sampling of 50 elderly assigned between the male and female gender and above 60 years of age, had a 33 N (66%) and male (34%) 17 N female, ages ranged from 60-90 years with a predominance in the age of 80-89 years N of 24 (48%) and an N of 24 (48%) were widowed, which currently receive home care, even being able to answer all kinds of questions.

The methodology used was the determination of social representation and the methodological strategy for analysis of the interviews was the collective subject discourse – DSC. Different social representations were extracted of the instruments used in the research described in this master's degree thesis. As to the meaning of care were referred to: the affection they received from caregivers, the dedication to perform the tasks, the loneliness they felt for lack of their families. Already at other times, some seniors consider themselves stronger and willing to move on before the facts surrounding them, because for many elderly quality of life is associated with valuing, supporting health, comfort, good friendships and recognition of their knowledge of life one day forgotten.

We can make sure that the presence of a non-family member leaves them somewhat sad generating several questions involving the sentiment, leading to believe that the psychological factor really undermines the rehabilitation of this elderly. We can also understand in the results that care is of fundamental importance in these stages of rehabilitation. The final considerations allow us to conclude that this research comes up

with what we expected, as each day passes the elderly rate has grown, the number of older people independent and proud to belong to a group of people who have their value recognized, with the preservation of their autonomy and independence which are which are continuous searches in their daily lives.

Through the speeches of the elderly was possible to understand their needs, desires, wishes, enabling a reflection on aging and their implications.

**Keywords:** Elderly, Socio Demographic Profile, Quality of Life and Home Care.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 01. Mapa do Estado de São Paulo.....

## **LISTAS DE TABELAS E QUADROS**

**Tabelas:** 1; 2; 3; 4 e 5. Ref. Características Socioeconômica e demográfica dos Idosos residentes na capital de São Paulo de acordo com o N da amostragem desta pesquisa – SP 2016.

**Tabelas:** 6; 7; 8 e 9. Ref. Dados inerentes ao instrumento de pesquisa sobre Qualidade de Vida SF-36 (medical outcomer study 36-item short –form helth survey) – Raw Scale – desde 1990 e traduzido para o Brasil em 2002.

#### **LISTA DE SIGLAS**

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões  
CFH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CNI – Conselho Nacional do Idoso  
CNPS – Conselho Nacional de Previdência Social  
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço  
GESPI – Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas.  
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
ISSB - Instituto de Serviços Sociais do Brasil  
MOPI – Movimento Pró-Idosos  
NETI – Núcleo de estudos da Terceira Idade.  
NIPEG – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Assistência Geronto-  
Geriátrica.  
NUCIDH – Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano.  
PIS – Programa de Integração Social  
PNAS – Política Nacional de Assistência Social  
PNI – Política Nacional do Idoso  
RGPS – Regime Geral da Previdência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UNISA – Universidade Santo Amaro

## **Sumario**

Resumo.....

Abstract .....	
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	
1.1 Histórias do Envelhecimento.....	
1.2. Capacidade Funcional como determinante do cuidado .....	
1.3. Políticas Nacional do Idoso .....	
1.4. Dados Estatísticos da População Idosos no Brasil Atual .....	
1.5. Violência Contra os Idosos.....	
1.6 A Família do Idoso .....	
1.7. O Cuidador .....	
1.8. O idoso a assistência domiciliar .....	
1.9. Os Benefícios da Assistência domiciliar do Idoso .....	
1.10. Trabalho em Equipe e Multidisciplinar em Domicilio.....	
1.11. Qualidade de Vida no Contexto Atual.....	
1.12. Estatuto do Idoso .....	
1.13. Principais Doenças dos idosos.....	
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	
2.1 Objetivos Gerais .....	
2.2 Objetivos Específicos .....	
<b>3. MÉTODO .....</b>	
3.1 Definições.....	
3.2 Materiais e Instrumentos .....	
3.3 Cenários da Pesquisa .....	
3.4 População do Estudo .....	
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados .....	
3.6 Procedimentos de Análise de Dados .....	
3.7 Procedimentos Éticos .....	
<b>4. Resultados e Discursão .....</b>	
4.1. Definições.....	
4.2. Dados do Resultado da Pesquisa .....	
<b>6. Considerações Finais .....</b>	
<b>7. Cronograma .....</b>	
<b>8. Referências Bibliográfica.....</b>	

## **9. Sites Consultados.....**

### **Lista de Ilustrações**

Figura 01. Mapa do Estado de São Paulo.....

### **LISTAS DE TABELAS E QUADROS**

#### **Anexos**

**Anexo 1** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....

**Anexo 2** – Instrumento da Pesquisa (Questionário) Sócio Demográfico.....

**Anexo 3** – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso usado nesta pesquisa (SF 36).....

**Anexo 4** – Parecer substanciado do CEP .....

## **1. Introdução**

O atendimento domiciliar Gerontológico é um serviço que tem crescido e beneficiado de forma ampla a população idosa, que vem crescendo gradativamente e conseqüentemente a prevalência de doenças crônicas e também a incapacidade dessa população. Com isso o aumento na procura por profissionais com conhecimento e preparo técnicos em cuidar desses idosos<sup>1</sup>.

O Brasil vem vivenciando grandes mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população, pois, com o avanço das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e os novos paradigmas da promoção da saúde, dentre outros fatores, houve contribuição para que os indivíduos envelheçam saudáveis, atingindo idade cada vez mais avançada<sup>1</sup>.

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. No Brasil, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos, número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos<sup>2</sup>.

Porém novas pesquisas nos revelam que uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo numa melhoria das condições de vida. Dados obtidos das Nações Unidas (Fundo de Populações), em que uma a cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, ainda estima-se um crescimento para uma a cada cinco por volta de 2050. Porém em 2050 soma-

se um numero bem maior de idosos do que crianças menores de 15anos esta projeção pode alcançar dois milhões de pessoas ou 22% da população global<sup>3</sup>.

Considera-se de grande importância a realização de estudos para o conhecimento multidimensional de idosos que vivem na comunidade e utilizam os serviços de saúde. Este estudo dará base e direcionamento de ações que se necessitam serem reconhecidas como também os fatores sociais, econômicos, emocionais que interferem na percepção e na busca por serviços de saúde desses idosos. E comprovado que os idosos preferem ser cuidado em casa ao lado de seus familiares mesmo tendo problemas de saúde crônica e/ou de alta dependência<sup>4</sup>.

Isso é devido ao progresso do envelhecimento populacional, que este sempre atrelado às rotinas familiares, a alta incidência de doenças crônicas e até mesmo a incapacidade na velhice que os torna mais vulneráveis, levando-os a necessidade de cuidado não só pelos familiares como também por pessoal estranhas, onde terão que se adaptarem a estas novas rotinas<sup>5</sup>.

O cuidar é uma atividade que vai muito além do atendimento as necessidades básicas de cada ser humano, no momento da fragilidade, cuidar é uma atitude que envolve também autocuidado, autoestima, autovalorização e geralmente o cuidador de idosos é realizado por um sistema de suporte informal, que inclui familiares, amigos, vizinhos, membros da comunidade e muitas vezes são prestadas voluntariamente sem remuneração<sup>5</sup>.

Lembrando o envelhecimento é também uma questão de gênero, considerando que a população idosa como um todo, somando uma grande predominância de gênero feminino na área urbana e masculino na área rural<sup>1</sup>.

Diante desta questão, este estudo justifica-se pela necessidade de se investir em trabalhos científicos em uma das áreas emergentes do conhecimento brasileiro: A gerontologia uma disciplina que contribui muito para o melhor aperfeiçoamento dos cuidados voltados para o idoso. Ainda são poucos os trabalhos voltados para a classe geriátrica voltada para os cuidados prestados no âmbito domiciliar<sup>1</sup>.

Senso assim este estudo se reservou no direito de desenvolver varias perguntas norteadoras a fim de poder atingir objetivo desta pesquisa. O processo de envelhecimento é uma curiosidade praticada por poucos, porem é algo que me encanta e que vem acompanhando já há muitos anos, ao lê sobre as origens deste fascinante mundo que é o envelhecimento humano, me proponho a refletir sobre muitos pontos na minha vida, nas minhas relações quando criança que sempre vem a constatação que existem dois grandes pilares que são bases de tudo isso nossos avós sejam maternas e paternas<sup>1</sup>.

### **1.1 História do envelhecimento Humano.**

O envelhecimento é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Portanto o processo do envelhecimento é um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 60anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio de hormônios todo o organismo,

acelerando cada vez mais de acordo com o aumento da idade. Desde a década de 1960, 1970 e 1980, podia se observa no Brasil um numero de contingente muito presente no senso demográfico brasileiro, porem muito menosprezados pela sua historiografia, as populações com idades de 60anos ou mais<sup>6</sup>.

O aumento dessa população está sendo modificando-se, um passado recente e agora atual, para se ter uma ideia do tamanho dessa população em 1960 somava 4,7% de idosos, 1970 5%, 1980 6,1%, 1991 7,3%, porem na virada do século XX para o XXI somam-se 8,5% do total de idosos, porem segundo o IBGE afirma que a proporção de idosos no Brasil, deve ser três vezes maior em 2060<sup>7</sup>.

O aumento da longevidade representa uma vitória para a humanidade, pois atesta um processo de superação para do homem frente aos obstáculos à sua sobrevivência junto o envelhecimento trouxe varias questões, tais como: relacionado a previdência social, ao trabalho, assistência a saúde, adaptação ao meio e os conflitos de geração em ultima instancia a todas as estruturas e níveis de vida da sociedade. Por isso o envelhecimento humano é um processo social, histórico e cultural e suas consequências não se restringem somente aos idosos, permeiam a todas as gerações em todos os setores da sociedade<sup>8</sup>.

## **1.2 Capacidade Funcional como um Determinante do Cuidado.**

As dependências da velhice resultam tanto de mudanças biológicas quando de mudanças sociais, havendo portanto uma interação entre o biológicos e os ambientais. Com o envelhecimento há o momento das perdas físicas e sociais e o aparecimento de incapacidade, acarretando uma ameaça à autonomia do idoso, com isso irá propiciar um ambiente acolhedor, permitindo um bem estar ao idoso. A capacidade funcional começa

a surgir, logo no início dos 60 anos, para muito idoso isso tem sido algo de muito ruim, pois se não bastasse as dificuldades que tem que encontrar como um obstáculo que na maioria das vezes os deixam muito dependentes de outras pessoas<sup>9</sup>.

A tarefa mais importante para todos os profissionais que trabalham com os idosos é a preservação da capacidade funcional. O conhecimento real desta capacidade funcional permitirá traçar o plano de cuidados de que necessitará o idoso e sua família. Porém é sabido através da literatura que quanto mais dependente forem o idoso de cuidados, maior será o ônus para a família e o que acontece numa boa parte é que os familiares nem sempre tem esta disposição para tal ônus. Se não bastasse também vem à dependência funcional que é um fator que cresce dia-a-dia de forma desordenada e muito preocupante. A dependência Estruturada, segundo muitos teóricos, funcionalidade é algo que vai muito de encontro com o controle social e a participação do ser humano no processo produtivo, isso devido à chegada da aposentadoria, a perda do emprego<sup>10</sup>.

Ai tem outros tipos de dependências. Física: que pode ser definida de várias formas tais como: incapacidade física, funcional, desamparo prático, dificuldades para realizar atividades da vida diária e entre outras dependências<sup>10</sup>.

Dependência comportamental: que é muito comum no idoso, porém é uma das mais temidas, pelos idosos sendo o contrário da dependência física que esta diretamente ligada às incompetências físicas, lembrando que quando falamos de comportamento estamos levando em consideração ao meio ambiente onde este ser humano convive, sendo que na maioria dos casos a dependência comportamental esta diretamente com a física. Por outro lado existem grandes associações da dependência com o envelhecimento bem

sucedido onde há uma exigência de adaptação do equilíbrio entre as perdas e ganhos que se tornam cada vez mais negativa, onde levam os idosos a criar estratégias compensatórias para melhor adaptar-se ao meio onde vivem<sup>10</sup>.

Outros autores descrevem deficiência e o envelhecimento como um modelo social da deficiência, que vem sendo levantado dia após dia nos dados demográficos segundo as pesquisas governamentais onde esta nova corrente muda a forma tradicional de compreensão da questão, ao referir do indivíduo para a sociedade a responsabilidade pelas as desvantagens relacionadas a deficiências<sup>10</sup>.

### **1.3 Políticas Nacionais do Idoso.**

A política nacional do Idoso foi instituída pela lei 8.842/94, regulamentada em 03/06/1996 através do decreto 1.948/1996, que amplia significativamente os direitos dos idosos, que vem desde a LOAS, às prerrogativas de atenção a este segmento haviam sido garantidos de forma restrita. Seguindo num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil<sup>11</sup>.

- A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunicada, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito á vida;
- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política;

- As diferenças econômicas, sociais, regionais e particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observados pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei;

A análise dos principais ora expostos permite-nos afirmar que a lei atende a moderna a concepção de assistência social como política de direito, o que implica não apenas a garantia de uma renda, mas também vínculos relacionados e de pertencimento que assegurem mínimo de proteção social, visando à participação e emancipação, a construção da cidadania e de um novo conceito social para a velhice<sup>11</sup>.

Para o alcance dessas metas, foi criado um plano Integrado (interministerial) de Ação Governamental que manteve a concessão do benefício de prestação continuada e incorporou novas ações; readequação da rede da saúde de assistência social para atendimento integral ao idoso, elaboração de instrumentos que permitem a inserção da população idosa na vida socioeconômica das comunidades, modernização das leis e regulamentos, desenvolvimento do turismo e lazer, além da reformulação dos currículos universitários no sentido de melhorar o desempenho dos profissionais no trato das questões do idoso<sup>12</sup>.

Apesar dessa proposição de esforços nas diferentes áreas do governo, a implementação desta política nos estados revela apenas ações isoladas e incipientes sobre a realidade da pessoa idosa nos pais, esbarrando num amplo complexo de variáveis que se entrelaçam entre elas os reduzidos recursos financeiros, tornando se de algum modo apenas uma lei<sup>12</sup>.

#### **1.4 Dados Estatísticos da População Idosa no Brasil Atualmente**

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com a projeção das **Nações Unidas** (fundo de Populações), uma a cada nove pessoas no mundo tem 60anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1em cada cinco por volta de 2050. Que em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15anos. Se comparado com os anos de 2012, que tínhamos 810milhões de pessoas com idade de 60anos ou mais, chegando á 11,5% do total da população global. Porem tem uma projeção de alcance de 1milhão em menos de dez anos e que duplique em 2050 podendo chegar a 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global<sup>13</sup>.

Neste cenário destaca-se a feminilização da velhice. Ainda existem estudos que deixa claro que os avanços são comprobatórios como prova o estudo comparativo de 200 a 2010 onde teve um aumento de 5,9% para 7,4% da população idosa com idade acima de 65anos. Segundo este órgão afirma com dados essa faixa etária deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total) em 2013 e 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060<sup>13</sup>.

Segundo dado estatístico do IBGE, onde afirmam que o numero de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, amparado pela maior expectativa de vida, o numero de brasileiros acima de 65anos, já confirmado a tendência de envelhecimento acelerado da população já apontada por demógrafos. Segundo IBGE, a média de idade pode varia com idade de 75anos parta 81anos, porem as mulheres continuarão vivendo mais do que os homens (mulheres 84,4% e homens 78,03%)<sup>13</sup>.

**Fecundidade:** segundo IBGE, à medida que aumenta a expectativa da vida cairá o número de filhos por mulheres. Segundo os especialistas a taxa já está baixa da considerada necessária para a reposição natural da população de 2,1 filhos por mulheres. O coeficiente representado pelas taxas de fecundidade total é atualmente de 1,77 filhos em média por mulheres. Porém em 2030 a previsão é de que o índice caia para 1,5.

**Crescimento da População:** A queda do número médio de filhos por mulheres terá um impacto negativo sobre o crescimento da população brasileira, indicam as projeções. Segundo o IBGE os cálculos, o número de Brasileiro vai crescer até 2042, a partir de quando o número de óbitos superará o de nascimentos. Em 2060, as estimativas apontam que o País terá o mesmo número de habitantes do que 2025 (218,2 milhões). De acordo com os órgãos, a população do Brasil já ultrapassou, em 2013, pela primeira vez, a marca de 200 milhões de pessoas, chegando a 201 milhões até o fim do ano<sup>13</sup>.

### **1.5 Violência Contra os Idosos**

O dia 15 de Junho marca o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa. Esta data foi instituída em 2006, pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela rede Internacional de Prevenção à Violência à Pessoa Idosa. Com isso objetivava-se uma consciência mundial, social e política da existência da violência contra pessoa idosa, e simultaneamente, disseminar a ideia de não aceitar como uma ação normal<sup>14</sup>.

A violência contra a pessoa idosa problema sério e quase desconhecido, os profissionais da área de direito tem discutido muito sobre este assunto que poucos têm interesse, porém se tratam de algo que fere muito a alma dos pais, os maus tratos, as agressões, comportamentos negativos esses tipos de fenômenos não acontecem somente

no Brasil, fazem parte da violência social e em geral é universais, uma boa parte dessas agressões vem acontecendo com frequência porém poucos se veem falar, sendo tratadas de forma agir normal e com naturalizada para uma boa parte da sociedade. Quando se olha mais profundamente o problema social da violência contra a pessoa idosa, podemos observar duas dimensões muito fortes que convivem. Uma coletiva e que conforme o imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento, infelizmente a sociedade ainda mantém a ideia de que a pessoa vale o quanto ele produz e o quanto ganha por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e quase sempre ganhando uma pequena aposentadoria, que podem ser descartadas, sendo classificados como inúteis ou peso morto. A segunda dimensão aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua historia consideras que há idosa e/o idoso são bem distinto em suas características e suas necessidades. Embora a sociedade adulta seja a grande responsável pelo imaginário sobre a velhice, muitos dos idosos vivem inconformados com a perda do poder, tudo isso vai de encontro com a perda de identidade, levando-os ao isolamento social, facilitando o aparecimento das doenças<sup>14</sup>.

A fragilidade dos idosos é muitas vezes para separar os que envelhecem dos vivos, sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros, tudo isso é mais difícil, o isolamento desta população é gradual, o esfriamento de suas relações com as pessoas. A quem o era afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, sendo que tudo que lhes dava sentido e segurança desmorona<sup>14</sup>.

O Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, órgão superior de natureza e de liberação colegiada, permanente, paritário e deliberativo, integrante da estrutura

regimental da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, vem publicamente externar à sociedade brasileira, às instituições governamentais e não governamentais às lideranças municipais e estaduais, aos grupos e demais instâncias onde se reúnem pessoas idosas nos municípios que compõem nossas unidades federativas a importância de se viabilizar, no âmbito de suas respectivas competências e esferas de atuação, ações relativas à conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa<sup>15</sup>.

Neste sentido, é mister registrar a satisfação deste Colegiado Nacional em tomar conhecimento das ações que já vem sendo desenvolvidas em diversos municípios brasileiros, bem como recomendar a todos os conselhos estaduais dos direitos do idoso que envidem esforços para a mobilização dos conselhos municipais, organizações da sociedade civil e mesmo os órgãos governamentais no âmbito da sua esfera de atuação para que haja manifestações, atos públicos e atividades que tragam o tema da violência contra a pessoa idosa como um tema de visibilidade pública<sup>15</sup>.

A violência contra a pessoa idosa não está relacionada apenas a agressão física. A negligência, por exemplo, foram a principal forma de violência praticada contra os idosos brasileiros nos últimos três anos. Em 2014 representou 76,3% das denúncias recebidas pelo serviço Disque 100 – da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). O descuido é caracterizado pela omissão dos familiares ou instituições responsáveis pelos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da população a partir dos 60 anos. A negligência caracteriza-se de diversas formas como: privação de medicamentos, descuido com a higiene e saúde, ausência de proteção contra o frio e o calor. “Frequentemente a pessoa idosa se cala sobre os abusos físicos que sofre e se isola para que outros não tomem conhecimento desse tipo de violência, prejudicando assim sua saúde mental e a sua qualidade de vida”, explica (Maria Cristina Hoffmann,

2007), coordenadora de Saúde da Pessoa Idoso, do Ministério da Saúde. Ela conta que as estatísticas mostram que, por ano, cerca de 10% dos idosos brasileiros morrem por homicídio. “A incidência comprovada no mundo inteiro é que de 5% a 10% dos idosos sofrem violência física visível ou invisível e que pode ou não provocar a morte”, Qualquer tipo de violência deve ser denunciada. Para isso, a Secretaria de Direitos Humanos conta com o serviço do Disque 100 para acolher denúncias. Trata-se de um serviço gratuito, que funcionam 24 horas por dia. A identidade de quem denuncia é preservada<sup>16</sup>.

Para se informar e saber como denunciar, saiba quais são as formas de manifestação da violência contra a pessoa idosa:

- **Física:** Inclui abuso e maus tratos físicos, que constituem a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de empurrões, beliscões, tapas ou por outros meios mais letais, como agressões com cintos, armas brancas (ex. facas, estilete) e armas de fogo<sup>16</sup>.

- **Negligência/ abandono:** Negligência é a omissão por familiares ou instituições responsáveis pelos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social do idoso, tais como privação de medicamentos, descuido com a higiene e saúde, ausência de proteção contra o frio e o calor. O abandono é uma forma extrema de negligência<sup>16</sup>.

- **Sexual:** É qualquer ação na qual uma pessoa, fazendo uso de poder, força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar ou participar, de alguma maneira, de interações sexuais<sup>16</sup>.

- **Econômico-financeira e patrimonial:** Consiste no usufruto impróprio ou ilegal dos bens dos idosos, e no uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais<sup>16</sup>.

- **Auto-infligidas e autonegligência:** Refere-se à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança por meio da recusa de prover a si mesma dos cuidados necessários. Nesse caso, não se trata de terceiros que provocam a violência, e sim da própria pessoa idosa<sup>16</sup>.

- **Psicológica:** Correspondem a qualquer forma de menosprezo, desprezo, preconceito e discriminação, incluindo agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar a pessoa idosa do convívio social. Pode resultar em tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e depressão<sup>16</sup>.

### **1.6 A família do Idoso**

O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso, assim, na família suficientemente sadia, onde se predomina um ambiente saudável e harmonioso entre as pessoas, isso vai possibilitar o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis lugares e posições e onde as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. Na família onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com o indivíduo deprimido e agressivo. Sendo estas características que promovem um retrocesso na vida das pessoas e o idoso torna-se isolado socialmente e com medo de cometer erros e ser punido até mesmo pelo próprio familiar. A família representa para esse idoso um fator de grande relevância principalmente na segurança emocional<sup>17</sup>.

Foi se o tempo em que se levava em consideração ao culto aos antigos, num ritual de respeito á sabedoria de seus antecedentes, as famílias tradicionalmente honrava o cuidar de suas raízes, hoje podemos perceber de forma clara um modelo de família em

viver no mesmo lar somente pais e filhos. Isso justifica o grande aumento de idosos nos asilos e até mesmo os que moram sozinhos com a companhia apenas de um estranho, ou seja, um profissional que o visita por longo período com objetivo de atender suas necessidades humanas básicas, enquanto seus familiares continuam com suas vidas. Isso nos faz perceber que a ciência continua avançando cada dia, tanto em termos de estética quanto nas áreas de cuidados com o ser humano, principalmente o cuidado com o idoso, a Gerontologia que uma área da medicina que estuda o envelhecimento humano de forma global, tem sempre se preocupado em melhorar os processos do envelhecimento com objetivo de cuidar da personalidade e da conduta desses idosos, considerando os aspectos ambientais, culturais e sócios econômicos dessa população que cresce gradativamente e que pode vir a ter problemas com a qualidade de vida e assistência a saúde<sup>18</sup>.

### **1.7 O Cuidador.**

A pessoa que se propõe a cuidar de uma pessoa idosa é definida de duas formas, cuidadores de idosos: Formal e Informal<sup>19</sup>.

O Cuidador Formal provê cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função de sua profissão, e usa as habilidades, a competência e a introspecção originadas em treinamentos específicos. O grau de instrução e treinamento para se obter certificados em várias profissões é muito variado. Pessoas que ocupam posições administrativas ou acadêmicas, e que têm sido treinadas na profissão de cuidar de outras pessoas, são também denominadas cuidadores formais, porque suas atividades têm um impacto significativo sobre a saúde dos pacientes. Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira pelos seus serviços, mas, algumas vezes não a recebem quando na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares. Os cuidadores

formais atendem às necessidades de cuidados de saúde pela provisão efetiva de serviços, competência e aconselhamento, bem como apoio social<sup>19</sup>.

O Cuidador Informal (leigo ou familiar) Provê cuidados e assistência para outros, mas sem remuneração. Geralmente, este serviço é prestado em um contexto de relacionamento já em andamento. É uma expressão de amor e carinho por um membro da família, amigo ou simplesmente por outro ser humano em necessidade. Cuidadores, no sistema informal, auxiliam a pessoa que é parte ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano, como: para se vestir, se alimentar, se higienizar, depende de transporte, administração de medicamento, preparação de alimentos e gerenciamento de finanças<sup>19</sup>.

**Características do cuidador informal:** Levantamentos e pesquisas efetuados em vários países permitem reconhecer a importância dos cuidadores. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de dois milhões e duzentos mil membros de famílias e amigos provêm cuidados e tratamentos para mais de um milhão e trezentos mil enfermos ou debilitados. Cerca de dois terços dos cuidadores são mulheres. Aproximadamente, três quartos desses doentes recebem cuidados ou tratamentos por intermédio de membros da família e vivem com as próprias famílias. Embora a atividade empregatícia dos cuidadores tenha provado não reduzir o cuidado dedicado ao paciente, existe um certo impacto na qualidade desse cuidado e/ou tratamento. Esse impacto é relativo ao número de horas disponíveis para esta atividade. Pesquisas indicam que, em média, o cuidador trabalha de 4 a 8 horas/dia. Para muitos, a atividade de prover cuidados estende-se de um até quatro anos, mas com o aumento da expectativa de vida nos Estados Unidos e no Brasil, pode-se esperar um aumento no número de anos dedicados a esta atividade. Impacto das atividades sobre o Cuidado informal: O envolvimento prolongado na atividade de prover cuidados parece ter um efeito negativo sobre a saúde física e emocional do cuidador, embora, geralmente, ele assuma este papel com grande satisfação e carinho. Diferentemente da experiência do

cuidador parente de uma criança, que normalmente resulta na reabilitação, os cuidadores de pessoas debilitadas ou enfermas encaram uma situação estressante, em função da deterioração gradual do doente, sua eventual transferência para um tratamento institucional ou, lamentavelmente, a sua morte. Estudos mostram problemas de sobrecarga do cuidador, altos índices de depressão, sintomas de estresse usam de psicotrópicos, redução no nível de imunidade e aumento da susceptibilidade a enfermidades. Homens e mulheres parecem ser afetados similarmente, embora as mulheres pareçam desenvolver mais estresse. Estes efeitos negativos parecem persistir em alguns cuidadores, até mesmo após a internação ou a morte do paciente<sup>19</sup>.

Quem cuida determina a direção do crescimento de quem é cuidada porque, para cuidar, devem-se conhecer os poderes, as limitações, as necessidades e o que conduz ao crescimento do outro<sup>19</sup>.

### **1.8 O Idoso a Assistência Domiciliar.**

O domicílio é visto como um espaço em que as pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a qualidade e estabilidade da doença. Assim as experiências de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequentes no cotidiano das famílias<sup>20</sup>.

Cada vez fica bem mais claro que as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto aos familiares representa a possibilidade de garantir a autonomia de preservar sua identidade e dignidade. Cuidar dos idosos dependentes acometidos por alguma doença crônica ou aguda constitui-se então numa situação frequente para muitas famílias. Os familiares são os participantes ativos dos cuidados ao idoso, onde desempenham

atividades voltadas a suprir as demandas de acordo com as necessidades dos idosos doentes no próprio local onde residem<sup>20</sup>.

Ao falar em família, logo se pensa nas pessoas que tem laços parentais sanguíneos, como pais, mãe, filhos irmãos. A esfera família é uma unidade formada de seres humanos ao longo de sua trajetória de vida, cuidando de si e do outro, porém esta forma de cuidar varia de um indivíduo para outros, pois envolve vários fatores como padrão cultural que se relaciona de acordo com a necessidade de cada indivíduo<sup>21</sup>.

### **1.9 Os Benefícios da Assistência domiciliar.**

Os cuidados de saúde, ou seja, visita domiciliar emerge como uma resposta essencial para uma qualidade de vida e bem estar em sua casa, isso existiu desde os primórdios da enfermagem como uns instrumentos historicamente necessários para avaliar as necessidades humanas básicas que este idoso apresenta<sup>22</sup>.

Nos primórdios os cuidados em casa era com objetivo de minimizar a dor, porém com o avanço das pesquisas descobriu que se podia fazer mais se pensando promoção a saúde e qualidade de vida desses idosos<sup>23</sup>.

A visita domiciliar abre oportunidade para que o profissional que presta cuidado possa de uma forma ou de outra ter uma aproximação mais real de tudo que rodeia o idoso, identificando as barreiras, ambientais, físicas e até mesmo pessoais entre idosos e familiares, fatores socioeconômicos, condições de saneamento básico, espirituais e culturais, com tudo isso passa ser um desafio para o profissional que ali atua na prestação de cuidados, onde o mesmo precisa ser criativo, flexível e até mesmo polivalente<sup>24</sup>.

Os cuidados em domicílio envolvem ações voltadas para manutenção, melhora ou recuperação da saúde, elevando o máximo possível de bem-estar físico, psíquico e independência nas atividades da vida diária deste idoso. A finalidade e especificidade do cuidado em domicílio é manter o idoso em casa em seu espaço de identidade e segurança, promovendo um auto cuidado e reduzindo as chances de uma re-hospitalização, mas para que isso aconteça se faz necessário que o profissional da saúde envolvidos neste cuidado entenda e demonstre que o mesmo é essencial no dia a dia deste idoso<sup>25</sup>.

### **1.10 Trabalho em Equipe Multidisciplinar em Domicílio**

O atendimento domiciliar abrange a parcela da população que está impossibilitada de acessar os serviços, ampliando a visão de saúde por meio de um processo educativo, com isso permiti que o profissional passe a conhecer a realidade de vida da população e estabelece vínculo com a proposta de reduzir o numero de re-internação deste idoso. Os profissionais atuantes tem o objetivo de garantir uma assistência livre de danos e gerando assim uma segurança e reabilitação para este idoso junto ao convívio familiar<sup>26</sup>.

A equipe multi tem um papel muito importante na reabilitação deste idoso de forma e também no enfoque preventivo, onde cada profissional responde por sua conduta, lembrando os cuidados domiciliares também promove os aspectos emocionais dos idosos, elevando sua alta estima, seu bem esta e, portanto favorecendo a saúde do mesmo<sup>27</sup>.

### **1.11 Qualidades de Vida no Contexto Atual.**

Na velhice ter uma vida saudável significa manter ou restaurar a autonomia e independência. Porem muitas limitações são decorrentes do envelhecimento que são

alterações orgânicas e funcionais que podem ser perfeitamente superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada idoso, sendo assim a pessoa não precisa de sua totalidade para viver bem e ter qualidade de vida<sup>28</sup>.

O conceito de qualidade de vida são elementos subjetivos, porém a (OMS) organização de saúde entende que a qualidade de vida tem muito relação com a percepção do indivíduo, sua concepção no meio cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, podendo ser compreendida como manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana.

A multidimensionalidade de pessoas em sempre apresenta o equilíbrio ideal e precisa ser percebido de acordo com as possibilidades de cada um, ou seja, diferença entre o processo saúde e doença<sup>28</sup>.

Não só a comunicação verbal, mas toda a comunicação analógica. O nosso olhar é muito importante. A nossa expressão facial e os nossos olhos muitas vezes falam!

Por isso o objetivo deste trabalho é caracterizar o perfil sócio e demográfico e qualidade de vida dos idosos cuidados em seus domicílios, seguindo os critérios dos instrumentos de pesquisas que serão utilizados, descrito na metodologia deste projeto de pesquisa. (próprio pesquisador)

### **1.12 Estatutos do Idoso.**

O Estatuto do Idoso foi promulgado em 2003, após mais de sete anos de intenso debate entre a Câmara dos Deputados e representantes da sociedade<sup>29</sup>.

Confirmando e sistematizando o conjunto de regras já vigentes sobre o tema, o Estatuto veio garantir, na especificidade, os direitos fundamentais da pessoa idosa, principalmente no que se refere às suas condições de saúde, dignidade e bem-estar. Configurou, sem dúvida, uma importante contribuição do congresso Nacional para a cidadania dos brasileiros<sup>29</sup>.

Os direitos das pessoas com **mais de 60 anos** não se resumem a poder pegar a fila preferencial ou andar de ônibus de graça. Mas, apesar de o Estatuto do Idoso já ter completado dez anos, a maioria dos brasileiros costuma conhecer apenas esses direitos mais manjados, o país está envelhecendo, mas ainda não parece pronto para isso. "Ao não reconhecer o próprio envelhecimento, o idoso abre mão de seus direitos", explica a advogada. Por isso é importante conhecer bem a lei e fazer questão de que ela seja cumprida<sup>29</sup>.

Veja alguns pontos importantes do Estatuto do idoso e que todos devem saber...

➤ **Bem-estar**

O que são maus-tratos? Maus-tratos contra idosos não são apenas agressões físicas de fato, como aqueles espancamentos horríveis que vivem aparecendo no noticiário. Deixar um velho sozinho a maior parte do tempo, não trocar a fralda geriátrica na frequência necessária ou não oferecer alimentação adequada também são exemplos de ações consideradas maus-tratos pelo Estatuto do Idoso. A quem recorrer? Qualquer tipo de denúncia pode ser registrado numa delegacia do idoso, presente em vários municípios, ou mesmo numa delegacia comum. Para pedidos de pensão alimentícia, vá à Defensoria Pública. Em situações de risco, como abandono ou maus-tratos, também é possível procurar o promotor de Justiça no Ministério Público<sup>29</sup>.

### ➤ **Finanças**

Pessoas com 65 anos ou mais que nunca contribuíram para a previdência e fazem parte de uma família com renda per capita inferior a R\$ 181 (um quarto do salário-mínimo) têm direito ao BPC (Benefício de Prestação Continuada), cujo valor é um salário mínimo por mês. Para calcular a renda per capita da família, some os rendimentos de todos e divida o resultado pelo número de pessoas que vivem na casa. Para solicitar o BPC, basta ir a uma agência do INSS com comprovante de residência, certidão de nascimento, CPF, documento de identidade e carteira de trabalho do idoso e dos outros membros da família. Caso não tenha como se manter por conta própria, o idoso também pode pedir pensão alimentícia para seus descendentes (filhos, netos, sobrinhos etc) ou ascendentes (pais ou avós). O valor é calculado de acordo com a possibilidade financeira do parente. Mesmo quem recebe aposentadoria pode solicitar a pensão alimentícia caso o benefício não seja suficiente para as necessidades da pessoa. Quem desvia o dinheiro ou usa os cartões dos mais velhos indevidamente pode ser punido por isso. Essa violência financeira representa 70% das denúncias registradas pelos idosos, revela Adriana. Idosos que recebem aposentadoria ou pensão e tem alguma doença grave são isentos do imposto de renda<sup>29</sup>.

### ➤ **Saúde**

Embora o governo não tenha programas específicos de distribuição de medicamentos para essa faixa etária, os maiores de 60 podem recorrer às lojas que fazem parte do programa Farmácia Popular, do Ministério da Saúde, para comprar alguns

remédios com desconto e para retirar, de graça, fraldas geriátricas e medicamentos para diabetes, hipertensão e asma, disponíveis para toda a população. Idosos doentes não podem ser obrigados a ir a um órgão público para atender chamados do governo. O órgão deve mandar um representante até a casa da pessoa para resolver a questão. Se estiver lúcido, o idoso tem direito de tomar as decisões relativas a tratamentos aos quais tenha que se submeter<sup>29</sup>.

#### ➤ **4. Lazer**

A turma da terceira idade paga meia-entrada em cinemas, teatros, shows e eventos esportivos. Idosos com renda inferior a dois salários-mínimos podem viajar de graça em ônibus interestaduais. Se a renda for maior que isso, pagam apenas metade do valor da passagem<sup>29</sup>.

### **1.13 Principais doenças dos Idosos.**

Quando falamos em doenças dos idosos, me leva o pensamento em os gigantes da geriatria que seriam: Iatrogênica; Incontinência Urinaria; Instabilidade Postural, quedas e Fraturas; Doenças Neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e delirium); degeneração de vários sistemas e Síndrome da Imobilidade<sup>28</sup>.

Na realidade, são problemas típicos de idosos que não tem acesso adequado com o serviço de saúde, lembrando que com o envelhecimento vamos reduzindo a capacidade funcional de diversos sistemas fisiológicos tais como o respiratório, cardiovascular; causando um acúmulo de doenças e sequelas crônicas degenerativas como a hemiplegia, recorrente do acidente vascular cerebral, provocado pelas alterações da pressão arterial não controlada, Osteoporose (redução da massa óssea que predispõem as fraturas) tudo começa ser mais evidente após os 60anos de idade<sup>30</sup>.

Com tudo isso surgiu a Geriatria uma especialidade medica na Inglaterra, nesta época se apelidou de “gigantes de Geriatria”, Foi então nesta mesma época foi que os médicos ingleses, descobriram que existiam cinco problemas de difícil solução e que eram predominantes dos idosos, por se trata de uma etiologia multifatorial, da ir concluíram que isso demandava de uma equipe interdisciplinar (surgimento da teoria equipe multidisciplinar)<sup>30</sup>.

- **Iatrogênica e o envelhecimento:** Iatrogênica pode ser definida como o prejuízo provocado a um paciente pela omissão ou ação dos profissionais de saúde, mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada e adequadamente realizada; Ex: Mialgias após a caminhada do grupo de hipertensos; Fratura decorrente de atividades da fisioterapia; desnutrição por prescrição inadequada de dieta; alergia provocada pela vacina contra tétano; hematomas após venoclise; cistite após passagem de sonda vesical de alívio; epigastralgia causada por acido acetilsalicílico; fibrilação ventricular por intoxicação digitálica, (carvalho, 1996). As iatrogênica medicamentosa é um importante assunto discutido na geriatria, porque em geral com o acumulo de doenças crônicas degenerativa e um uso continuo de fármacos cada vez mais alto (polifarmácia), no entanto com o envelhecimento do organismo também tem a redução da reserva de diversos sistemas fisiológicos; a redução da complacência ventricular, do ritmo de filtração glomerular renal da massa óssea e do fluxo sanguíneo hepático. Isso aumenta o risco e a intensidade de efeitos adversos e também as diversas modificações da farmacocinética e farmacodinâmica das drogas no organismo, por este motivo as prescrições em geriatria devem atender a alguns cuidados<sup>31</sup>.

- **Incontinência Urinaria:** A incontinência urinaria é definida como a eliminação involuntária de urina em qualquer quantidade e frequência suficiente para provocar prejuízo social ou a saúde. Sua prevalência aumenta com o envelhecimento e é maior em mulheres, estudos comprovam que há uma grande prevalência em mulheres; (55% homens e 69% mulheres), isso é considerado um gigante na geriatria devido as consequências que Taz para o idoso, tais como: depressão;baixa auto estima; distanciamento de atividade sociais e até mesmo relacionamento intimo, além de outras consequências: quedas, fraturas, (devido as urgências de chega ao banheiro),Infecções de pele (candidiase), úlceras por pressão e se não bastasse ainda tem familiar que os internam em casas de longa permanência (ILP), as famílias tem que entender que isso são recorrente do envelhecimento (normal da idade)<sup>32</sup>.
- Existem algumas definições para tema: Incontinência urinaria transitória, causada por algum distúrbio ex: constipação, confusão mental, dificuldade de locomoção, doenças do idoso, ingestão de líquido em excesso, medicamentos, neoplasias, etc. (onde geralmente há uma causa especifica identificável e reversível). O tratamento consiste em primeiro identificar as causa, por isso se faz necessário algumas perguntas como: costuma urina pouco ou muito, qual intervalo, quando tosse, espirra, levanta rápido ou quando corre, da tempo de chegar ao banheiro. Dependendo da resposta teremos uma definição de qual será a terapêutica a ser aplicada, (farmacológico, cirúrgico e ou outra terapêutica adequado), seja tratamento farmacológico para incontinência urinaria de urgência; de esforço; hiperplasia benigna de próstata e de transbordamento<sup>33</sup>.

➤ **Quedas e Fraturas:** Os profissionais de saúde que atendem os idosos frequentemente têm a impressão de que alguns dos seus pacientes andam desequilibrados e que cada passo dessa linha podem se machucar. As quedas são algo de grande preocupação na geriatria, por serem de grandes prevalências e são múltiplos as causas associadas e por vezes de difícil solução, as quedas, as incontinências urinaria e as iatrogênicas fazem parte dos cinco gigantes da geriatria. Incidência e consequências das quedas: Os estudos têm mostrado que os idosos têm apresentado um índice preocupante de queda, porque as quedas sempre levam a uma consequência inesperada, essa incidência chega aproximadamente de 3 a 5% acabam gerando ferimentos graves, lesões corto contusas, hematomas e até mesmo fraturas, embora a fratura de fêmur ainda é a mais temida por sua levada letalidade por causa efeitos devastadores na qualidade de vida destes idosos mesmo que ocorram fraturas<sup>34</sup>.

Outros estudos têm revelado que os idosos após a primeira queda desenvolvem a síndrome do medo de cair, impactando na atividade de vida diária como: banhos vistam-se, ir ao toalete, alimenta sozinho, ambulacão física e incontinência urinariam e fecal, antes da fratura, 70% dos idosos realizam suas atividade de vida diária sozinha e 45% após não consegui mais e isso vai muito de encontro com a necessidade do apoio familiar, ou a necessidade e um profissional que o possa auxiliar nas atividades, (cuidador)<sup>35</sup>.

➤ **Os fatores intrínsecos:** estão relacionados com próprio indivíduo como problemas de visão e equilíbrio; hipotensão ortostática; demências; sedação- (medicamentos); marcha instável; baixa acuidade visual; osteoporose; vertigem; doença aguda<sup>35</sup>.

- **Fatores ambientais:** estão relacionados com fatores externos como iluminação, tapete, ambiente inadequado para facilitar o transitar do idoso, superfícies escorregadias; pisos irregulares; obstáculos no chão; moveis soltos e baixos; vaso sanitário; rampas; escadas; corredores e banheiro sem estruturas (os fatores devem ser associados antes de qualquer conclusão da causa), as intervenções devem ser realizadas por equipes multidisciplinar com estratégias que corrijam os fatores que propiciam as quedas<sup>36</sup>.
  
- **Depressão, insônia, demências e confusão mental:** a **depressão** é um transtorno mental comum, acomete 25% dos idosos a 15% da população geral, ainda tem aqueles que frequentam o serviço de ambulatório ou centro de saúde, com alguma outra queixa, com isso acabam usando mais de um tipo de medicamento, pois acabam por se associarem outras doenças. Porém a depressão no idoso acaba sendo um diagnóstico que é sub-diagnosticado e os estudos comprovam esta afirmação. A depressão é muito comum no idoso, o tratamento pode ser medicamentoso porém é muito importante a participação dos familiares<sup>37</sup>.
  
- **Insônia:** pode ser classificada pela incapacidade de conciliar o sono de boa qualidade durante o período adequado para restaurar as necessidades fisiológicas do organismo. A queixa de insônia é algo que é muito relatado pelos familiares de até mesmo pelo próprio paciente, quando há estes relatos se faz necessário identificar as causas: cochila durante o dia; vida sedentária; idoso muito sonolento de manhã; atividades estimulantes à noite; bebidas contendo cafeína; luta contra o sono a noite; olha o relógio e acende a luz forte a noite; toma líquido no final do dia aumenta a necessidade de urina a noite; quarto de dormir muito quente;

presença de pernilongo; medicamentos inadequados e muitos ruídos, tudo isso são fatores que podem propiciar a insônia<sup>37</sup>.

- **Demências e confusão mental:** os profissionais de saúde que trabalham com idosos enfrentam muito diariamente com este tipo de problemática, mas para isso o profissional precisa estar preparado com conhecimento para saber identificar de forma clara estas alterações (memórias ou comportamento) para concluir se trata-se de uma alteração de comportamento e memória dependendo da idade é esperada ou se é um início de uma demência se manifestando. Ressalto que a prevalência de quadro de demências dobra a cada cinco anos em idosos que chega a alcançar mais de 20% da população idosa com idade a partir de 80anos. A doença de Alzheimer, esta associada ou não as outras demências que é comum no idoso, (demências vasculares e corpo de Lewy) chegando a mais de 70% dos casos. Os estudos têm mostrado que diante de um idoso com déficit de memória progressivo e associado a outro déficit cognitivo e com impacto funcional, você podem estar diante de um quadro de demência, daí a grande importância do profissional estar munido de conhecimento, para não gerar conflitos de interpretação que é muito comum entre os profissionais nos dias atuais. **Delirium:** é uma causa comum de confusão mental aguda em idosos, sendo mais comum em pós-operatório, em hospitalizados, doenças agudas respiratórias e até mesmo uso de fármacos. Os sinais clássicos são: alterações do pensamento (fica desorganizado); atenção (não fica focado); nível de consciência (hiper - alerta ou letárgico) e alucinações visuais. Com tudo isso é considerada uma urgência que deve ser investigada e tratada. As doenças que podem desencadear esta síndrome: Infecções em geral; Problemas cardiovasculares; musculoesquelético; endócrinos; distúrbio hidroeletrólíticos; medicamentos. Fatores que podem

agrava: privação de sono; desidratação; déficit auditivo; déficits visuais; imobilidade; déficit cognitivo; desorientação e excesso e ou falta de estímulos sensoriais<sup>37</sup>.

Perante os panoramas do envelhecimento, onde podemos acompanhar fenômenos que abrange todas as dimensões inerentes à existência do ser humano no mundo como um todo, este trabalho de pesquisa procurou entender melhor as práticas de cuidar em casa, ao idoso de forma integral, com uma abordagem holística do processo de envelhecimento baseado na qualidade na qualidade de vida no qual implica em intervenções e envolvimento sistêmico em todos os aspectos do cuidado em domicílio, conforme comprova os dados apresentados neste estudo<sup>38</sup>.

## **2. Objetivos**

### 2.1. Geral:

Identificar e Caracterizar o perfil sócio e demográfico e qualidade de vida dos idosos cuidados em seus domicílios.

### 2.2. Específicos:

Identificar as condições e o modo de vida desses idosos em relação aos atendidos em domicílio.

Conhecer as condições de formação dos recursos humanos que prestam assistência.

Verificar a aplicação de políticas que atendam as necessidades e desejos dos idosos.

Caracterizar os Aspectos Pertinentes a Saúde Mental de cada Idoso e Satisfação dos Familiares.

Verificar a satisfação dos Familiares.

Mensurar o Tempo de Permanência e a Oferta de Serviços a Estes Idosos.

### **3. Método**

#### **3.1. Definição**

Este Estudo é Observacional, Transversal, Descritivo e Analítico. A amostra do estudo foi obtida por conveniência, composta por mais de 50 idosos, distribuídos entre masculino e feminino, com idade superior a 60 anos de idade que atualmente vivem em seus domicílios, lúcidos e capazes de responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados e que aceitaram participar como voluntários, assinando os termos de consentimento livre e esclarecido. Uma vez obtido o consentimento das prestadoras de serviço e observado os aspectos éticos, a coleta de foi realizada com os seguintes instrumentos:

#### **3.2 Materiais e Instrumentos**

Questionário: Ficha de identificação, tendo como finalidade registrar os dados gerais do idoso, incluindo dados sócios - demográficos (data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, se ajuda do governo ou não, renda familiar, atividade recreativas preferida, capacidade física e locomotiva e morbididades), score referencial: (anexo II).

O Short Form-36; é um instrumento de medida de qualidade de vida desenvolvido no final dos anos 80 nos EUA. Foi aplicado em diversas situações com boa sensibilidade, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida. Por este motivo, o SF-36 foi o instrumento escolhido para estimar a qualidade de vida dos idosos assistidos em domicílio, Segundo o Score assegurar:

## CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

### Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Variação (Score Range)

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

Uma vez obtido o consentimento das instituições, e observado os aspectos éticos, a coleta foi realizada com os instrumentos citados nos anexos desta tese de mestrado de acordo com a Resolução de 196/1996. Anexo III.

### **3.3 Cenários da Pesquisa**

A coleta dos dados foi realizada com idosos, sujeitos da pesquisa, que são assistidos em suas próprias residências, que estão localizados nos quatro regiões da cidade de São Paulo.

As regiões estudadas foram: Zona Norte, Sul, Leste e Oeste desta capital.

Figura 1. Mostra o mapa da cidade de São Paulo



**Fonte: mapa da cidade de São Paulo – IBGE 2009**

### **3.4. População do Estudo**

A população deste estudo foi composta por idosos que são assistido em seus domicílios, por profissionais da área da saúde (cuidadores e profissionais de enfermagem), de ambos os sexos, que concordaram com o objetivo da pesquisa, assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em duas vias. (Anexo

I)

Um dos critérios a ser adotado foi dos idosos serem assistidos em seu próprio domicílio, para tanto o universo de possíveis participantes constou de 50 idosos que se enquadraram no perfil. Para o efeito efetivo desta pesquisa foi realizado quatro momentos de cada pesquisa progressivamente, onde se tomou bastante cuidado para não saturar os respondentes.

Portanto, participaram de pesquisa 50 idosos distribuídos entre Homens e Mulheres. Chegando ao um valor de N=50 foi decidido incluir todos da amostra existente nos quatro polos como mostra no mapa I, Conforme tabela 1. É importante ressaltar que não houve casos de exclusão a amostra foi 100% satisfatória, pois todos os idosos tiveram condições cognitivas para responder os instrumentos, e/ou com presença de um familiar ou do cuidador que pudesse auxiliá-los (as) nas respostas, após concordar em participar da pesquisa.

### **3.5 Procedimentos de Coleta de Dados**

Previamente ao início do estudo foi realizado contato com a coordenadora do curso de pesquisa e extensão com a equipe avaliadora da referida instituição para análise da viabilidade do estudo, as quase demonstraram grande interesse e apoio ao desenvolvimento deste por meio de documentação de aprovação desta pesquisa. Após todos esses trâmites foi feito contato com os responsáveis pelos participantes da pesquisa, solicitando autorização para executar o estudo. As entrevistas foram realizadas individualmente e foi necessário mensurar tempo por se trata de um estudo quantitativo com tempo de aproximadamente 120 minutos no próprio domicílio dos Idosos, seguindo os preceitos éticos de acordo com a resolução 196/1996.

### **3.6 Procedimentos de Análise dos dados**

Os resultados aprendidos nos instrumentos usados nesta pesquisa foi analisado no software Excel 2010, para a construção de um banco de dados aprendido das questões referentes aos instrumentos usados para concluirmos os objetivos desta pesquisa, todos os dados foram transferido para o pacote estatístico SPSS (statistical Package for Social Sciences) – versão 17.0. para definição da mediana, variância e desvio padrão desse dados.

### **3.7 Procedimentos Éticos**

Ressalta-se a relevância dos princípios éticos em pesquisas que envolvam os seres humanos. Dentre estes princípios destaca-se o sigilo, pois ficará mantida em segredo qualquer informação que possa permitir a identificação das pessoas entrevistadas. Este sigilo está documentada e assegurada pelo pesquisador. Porém ressalta que todas as pessoas e os responsáveis pelos pacientes foram informados sobre o alcance e os interesses desta por escrito e, tanto a instituição quanto os envolvidos nesta pesquisa só foram incluída após o devido consentimento livre e esclarecido consolidado no TCE, segundo a resolução 196/1996 – Ministério da Saúde / Conselho Nacional da Saúde / Comissão Nacional de ética em Pesquisa e as Diretrizes e Normas que regem Pesquisas envolvendo seres Humanos. (Brasil 1996) e (anexo I).

Esta pesquisa se desenvolveu de acordo com as normas e diretrizes que envolvem os seres humanos e complementares dentro da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu a autorização para ser desenvolvida pelo comitê de ética e Pesquisa da Universidade de Santo Amaro (UNISA), mediante o CAAE: 50129415.7.0000.0081 e

o Numero do Parecer: 1.310.909, Ambos os documentos constam em anexos desta pesquisa. **(anexos VI)**

#### **4. Resultados e Discussão.**

##### 4.1 definições

O primeiro passo para realização das análises do conteúdo desta pesquisa, foi a leitura de forma detalhada dos instrumentos para melhor entendimentos das respostas descritas. Então neste capítulo será apresentado os resultados obtidos, de acordo com os instrumentos usados nesta pesquisa de forma sequencial, e descrita na metodologia.

Complementando-se essas informações faz-se seguir uma breve explanação a respeito da coleta e tratamento dos dados do questionário, segundo as variáveis. O questionário aplicado compreende de 20 perguntas fechadas, que foi dividida em itens nos quais se procura entender os objetivos da presente investigação para responder as questões descritas na introdução deste trabalho.

A coleta e tabulação dos dados são apresentadas na seguinte divisão de acordo com as características pessoais.

Para a tabulação dos dados se fez necessário a utilização de elementos de estatísticos descritiva apoiada na planilha eletrônica Excel @ da Microsoft, que parte do pacote Office, pelos fato propiciar uma serie de recursos que coloca na análise, auxiliam na interpretação e dados estatísticos.

##### 4.2. Dados do Resultado da Pesquisa

Tabela 01 - Características sócios demográficos de idosos que são assistidos em seus domicílios segundo sexo, idade, estado civil e escolaridade. São Paulo 2015.

---

Variável		n	%	M / DP	
Sexo	Masculino	33	66	25	11,31
	Feminino	17	34		
Idades	60 - 69	2	4	12,5	9
	70 - 79	12	24		
	80 - 89	24	48		
	+ 90	12	24		
Estado Civil	Casado	6	12	8,33	9,27
	Solteiro	2	4		
	Viúvo	24	48		
	Separado	15	30		
	Divorciado	2	4		
	Outros	1	2		
Escolaridade	Nenhuma	1	2	3,85	2,94
	Primário Incompleto	3	6		
	Primário Completo	6	12		
	Ginásio Incompleto	2	4		
	Ginásio Completo	4	8		
	Científico Incompleto	7	14		
	Científico Completo	9	18		
	Curso Técnico Incompleto	4	8		
	Curso Técnico Completo	8	16		
	Curso Superior Incompleto	2	4		
	Curso Superior Completo	4	8		
	Pós-Graduação Incompleta	0	0		
	Pós-graduação Completa	0	0		

Fonte: Pesquisa Direta coleta de dados em domicilio por Instrumentos-. SP 2015

**Tabela 02** - Características segundo as condições de moradia de idosos que são assistidos em seus domicílios segundo as variáveis abaixo. São Paulo 2015.

Variável		n	%	M / DP	
Com quem mora	Sozinho	7	14	10,00	8,51
	Com esposo (a)	10	20		

	Com filhos (as)	24	48		
	Com netos (as)	8	16		
	Outros	1	2		
Quantos moram com você	01 pessoa	14	28		
	2 a 4 pessoas	33	66	16,67	15,18
	mais de 5 pessoas	3	6		
Como você considera o relacionamento com sua família	Bom	4	8		
	Muito bom	13	26	16,67	14,84
	Excelente	33	66		
Qual seu tipo de moradia	Casa	16	32		
	Apartamento	33	66	16,67	16,01
	Outros	1	2		

Fonte: Pesquisa Direta coleta de dados em domicílio por Instrumentos-. SP 2015

**Tabela 03** - Características segundo as condições econômicas de idosos que são assistidos em seus domicílios segundo as variáveis abaixo. São Paulo 2015.

Variável		n	%	M / DP
Você trabalha	Sim	11	22	25,00 19,80
	Não	39	78	

Qual sua ocupação	Funcionário Público	1	2	7,14	14,18
	Assalariado	2	4		
	Autônomo	6	12		
	Do lar	1	2		
	Aposentado	39	78		
	Desempregado	1	2		
	Outros	0	0		
Você é aposentado	Sim	39	78	25,00	19,80
	Não	11	22		
Renda Mensal	Menos de um salário mínimo	3	6	8,33	11,48
	De 1 a 2 salários mínimos	25	50		
	De 3 a 4 salários mínimos	21	42		
	De 5 a 6 salários mínimos	1	2		
	Mais de 7 salários mínimos	0	0		
	Não possui renda	0	0		
Fonte de renda	Pensão	3	6	12,50	17,69
	Aposentadoria	39	78		
	Benefício de prestação continuada (BPC)	3	6		
	Outros	5	10		

Fonte: Pesquisa Direta coleta de dados em domicílio por Instrumentos-. SP 2015

**Tabela 04** - Características segundo as condições de saúde usam de medicamentos, morbidades e uso de substâncias tóxicas de idosos que são assistidos em seus domicílios segundo as variáveis abaixo. São Paulo 2015.

Variável		n	%	M / DP
Toma medicamento de uso contínuo	Sim	45	90	25,00 28,28
	Não	5	10	
Que tipo(s) de doença(s) possui (pode ser marcado mais de um)	Hipertensão Arterial	36	72	15,13 11,95
	Diabetes Mellitus	28	56	

	AVCs	20	40		
	Doenças Cardíacas	14	28		
	Doenças Respiratórias	8	16		
	Doença Renal	8	16		
	Câncer	3	6		
	Outras	4	8		
Faz uso de bebida alcoólica	Nunca	37	74	12,50	18,45
	Raramente	12	24		
	Frequentemente	1	2		
	Diariamente	0	0		
Tabagismo	Sim	16	32	25,00	12,73
	Não	34	68		

Fonte: Pesquisa Direta coleta de dados em domicílio por Instrumentos-. SP 2015

**Tabela 05** - Características segundo as condições de lazer, cuidados e satisfação de idosos que são assistidos em seus domicílios segundo as variáveis abaixo. São Paulo 2015.

Variável		n	%	M / DP
Quais as atividades de lazer mais frequentes	Bingo	0	0	
	Jogo de Bocha	0	0	
	Passear	5	10	5,82 12,6
	Ver televisão	43	86	
	Ouvir Rádio	9	18	

	Viajar	1	2		
	Ler	1	2		
	Tocar instrumento musical	3	6		
	Escrever palavras cruzadas	1	2		
	Atividades manuais (crochê, tricô, etc.	1	2		
	Outros	0	0		
Como avalia em geral, os serviços que de saúde que recebe em domicílio.	Regular	0	0		
	Bom	3	6	12,5	12,9
	Muito bom	21	42		
	Excelente	26	52		
Você considera a oferta de serviços à terceira idade adequada às suas necessidades	Sim	38	76		
	Não	12	24	25	36,8

Fonte: Pesquisa Direta coleta de dados em domicílio por Instrumentos-. SP 2015

**Tabela 06** - Média (desvio padrão) dos domínios os SF-36 de idosos assistidos no domicílio de acordo com as pontuações - SP-2015

Domínio	N	Média	Desvio Padrão
Capacidade Funcional	5	75,64	15,00
Aspectos Físicos	6	79,10	9,30
Dor	6	77,08	8,40

Estado Geral de Saúde	7	79,64	10,70
Vitalidade	9	84,14	14,57
Aspectos Gerais	5	84,76	10,36
Aspectos Emocionais	8	90,44	7,07
Saúde Mental	4	81,33	21,73

Fonte: Protocolo da Pesquisa

Tabela 07 - Pontuações obtidas nos oitos dos domínios do SF-36 entre Masculino (56%) com N de 28 e Feminino (44%) com N de 22, nas avaliações durante esta pesquisa. SP - 2015.

Domínio	N	Masculino M / DP		N	Feminino M / DP	
Capacidade Funcional	3	65,97	9,82	2	90,15	2,19
Aspectos Físicos	3	72,43	5,50	3	85,77	7,26

Dor	4	80,50	8,40	2	70,25	0,92
Estado Geral de Saúde	3	86,70	13,95	4	74,35	3,47
Vitalidade	6	90,25	13,28	3	71,93	8,50
Aspectos Gerais	3	84,70	14,24	2	84,85	4,88
Aspectos Emocionais	4	89,73	9,47	4	91,15	5,05
Saúde Mental	2	96,35	1,20	2	66,30	22,63

Fonte: Protocolo da Pesquisa

Tabela 08 - Dados relacionados aos oitos domínios SF36 e correlacionados com as características de idade. SP - 2015.

DOMÍNIOS SF-36	N/IDADE	N	%
Capacidade Funcional	>90= 2	5	10
	80 - 89= 2		
	70 - 79= 1		
Função Física	>90= 2	6	12
	80 - 89= 4		

Dor Corporal	>90= 3 80 - 89= 1 60 - 69= 2	6	12
Estado Geral da Saúde	>90= 2 80 - 89= 1 70 - 79= 3 60 - 69= 1	7	14
Vitalidade	80 - 89= 6 70 - 79= 3	9	18
Aspectos Gerais	80 - 89= 2 70 - 79= 2 60 - 69= 1	5	10
Aspectos Emocionais	80 - 89= 3 70 - 79= 3 60 - 69= 2	8	16
Saúde Mental	>90=1 80 - 89=1 70 - 79= 1	3	6

Fonte: Protocolo da Pesquisa

**Tabela 09** - Pontuações obtidas nos oitos domínios FS36 de idosos de acordo com as pontuações e seus gêneros. SP - 2015.

Domínio	N	Masculino						Feminino			
Capacidade Funcional	5	55,8	66,7	75,4				88,6	91,7		
Aspectos Físicos	6	66,8	72,7	77,8				90,4	89,5	77,4	
Dor	6	69,9	80,1	81,6	90,4			70,9	69,6		
Estado Geral de Saúde	7	70,6	94,3	95,2				77	69,5	76,7	74,2
Vitalidade	9	64,4	93,3	99,4	100	89,2	95,2	73,4	62,8	79,6	

Aspectos Gerais	5	69,3	87,4	97,4				81,4	88,3		
Aspectos Emocionais	8	77,2	89,4	92,3	100			86,3	94,5	96,4	87,4
Saúde Mental	4	97,2	95,5					50,3	82,3		

Fonte: Protocolo da Pesquisa

Tabela 10. Idosos do gênero Feminino atendidas no domicílio, segundos escores do SF36.

Paciente	- 1 - Capacidade Funcional	- 2 - Aspecto Físico	- 3 - Dor	- 4 - Estado Geral de Saúde	- 5 - Vitalidade	- 6 - Aspectos Gerais	- 7 - Aspectos Emocionais	- 8 - Saúde Mental
1	49	66	45	54	53	40	41	42
2	66	57	49	62	52	42	40	58
3	57	63	51	66	54	44	49	54

4	57	65	54	68	51	55	50	54
5	56	72	55	63	60	66	55	53
6	54	74	56	67	52	44	56	51
7	62	88	57	68	61	48	67	49
8	64	87	80	67	66	51	60	49
9	67	66	84	71	64	55	71	55
10	78	64	85	70	65	57	77	52
11	60	65	77	55	67	66	80	56
12	90	63	70	56	77	62	56	57
13	81	67	66	57	69	61	57	58
14	92	60	64	58	70	64	60	59
15	94	58	63	59	72	58	66	55
16	55	66	60	55	74	57	67	60
17	54	68	60	56	75	58	64	61
18	53	67	56	57	76	66	65	62
19	55	65	57	58	79	62	63	64
20	57	69	66	57	69	63	64	55
21	58	63	77	55	58	64	62	57
22	76	62	64	58	59	60	67	59
x	65,2	67	63,5	60,8	64,7	56,5	60,8	55,5
Me	59	65,5	61,5	58	65,5	58,8	62,5	55,5

Análise de Variância de Fredman  
 $\chi^2=28,53$  ( $p=0,0002$ )

Tabela 11. Idosos do gênero Masculino atendido no domicílio, segundos escores do SF36.

Paciente	- 1 - Capacidade Funcional	- 2 - Aspecto Físico	- 3 - Dor	- 4 - Estado Geral de Saúde	- 5 - Vitalidade	- 6 - Aspectos Gerais	- 7 - Aspectos Emocionais	- 8 - Saúde Mental
1	49	67	47	48	55	60	63	57
2	66	58	48	49	57	57	66	55
3	55	64	42	77	56	58	59	56
4	48	65	40	66	60	55	71	57

5	52	67	54	77	61	60	77	58
6	51	68	55	69	63	67	76	59
7	55	67	60	59	63	63	77	50
8	52	66	67	57	64	64	79	51
9	54	70	66	58	65	55	77	59
10	56	77	70	67	72	57	78	61
11	57	78	71	60	66	58	77	66
12	58	70	77	59	61	57	74	57
13	59	80	80	59	63	57	75	58
14	61	76	81	71	64	51	77	59
15	62	66	82	77	57	50	76	61
16	63	67	83	70	55	53	71	66
17	64	68	81	72	56	54	72	70
18	66	69	79	77	60	59	74	77
19	67	70	77	71	57	61	75	81
20	68	72	88	72	56	66	76	49
21	69	66	77	77	58	57	74	51
22	70	55	66	66	57	56	77	48
23	77	50	77	67	56	58	79	49
24	72	51	78	66	57	59	80	51
25	77	56	70	67	57	50	82	53
26	78	57	70	61	58	51	84	54
27	77	55	66	60	57	50	86	55
28	78	53	71	58	58	49	81	67
x	62,9	65,3	68,7	65,6	59,6	56,9	75,5	58,4
Me	62,5	67	70,5	66,5	58	57	76,5	57

Análise de Variância de Fredman  
 $\chi^2=75,41$  ( $p<0,0001$ )

A partir das tabelas – e – comparando-se para cada domínios os escores Feminino e masculino aplicando-se o teste de Mann Whitney (z):

1) Capacidade Funcional  $z = 0,19$  ( $p= 0,8527$ ) N.S.

2) Aspecto Físico  $z = 0,22$  ( $p= 0,8222$ ) N.S.

3) Dor	$z = 1,72$ (p= 0,0855) N.S.
4) Estado Geral Saúde	$z = -2,58$ (p= 0,0099) M>F
5) Vitalidade	$z = 2,14$ (p= 0,0316) F>M
6) Aspectos Gerais	$z = 0,50$ (p= 0,6182) N.S.
7) Aspectos Emocionais	$z = 4,72$ (p= 0,0001) M>F
8) Saúde Mental	$z = 0,86$ (p= 0,3845) N.S.

## 5. Conclusões

Considerando a realidade atual, que apontam um crescimento considerado da população idosa no Brasil e no Mundo, o presente estudo teve como objetivo identificar e caracterizar o perfil sócio , demográfico e qualidade de vida dos idosos cuidados em seus domicílios. De acordo com os achados o pesquisador pode concluir que a amostra

nos revelou dados realmente esperados, porém podemos concluir que todos os pacientes desta pesquisa demonstraram ter sim uma qualidade de vida relacionada aos cuidados recebidos em seus domicílios.

Ouve muita semelhança entre os dados encontrados entre os instrumentos usados, algo que deixou o pesquisador bem tranquilo, porque no final os dados só mostrou que ainda existe muito a ser desvendados no que se refere à qualidade de vida dos idosos que são assistidos em domicílio. Deixando claro para os pesquisados que pode contribuir de forma grandiosa para comunidade científica para novas descobertas nesta mesma linha de pesquisa.

## **6. Considerações Finais.**

Este estudo procurou conhecer as representações sócias demográficas sobre o envelhecimento e a qualidade de vida, onde se pudessem identificar os aspectos sócios cognitivos que se associassem com o envelhecimento e seus meios de

sobrevivência no cotidiano, isso com ou a não participação dos familiares e outros profissionais.

Os idosos representam o envelhecimento com uma fase que tem muitos problemas de saúde como citados nesta pesquisa, além de muitas outras que não foram aqui abordadas sejam com dimensões negativas ou positivas, o envelhecimento é associado à experiência, valorização, tranquilidade e respeito até a chegada da aposentadoria. As maiorias dos idosos veem qualidade de vida como uma associação as valorizações, respeito, apoiam a saúde e o reconhecimento do ser humano. Os resultados do presente estudo apresentam a construção das representações sociais dos idosos sobre o envelhecimento através das dimensões citadas nos instrumentos de pesquisa que estão finalizadas na melhor qualidade de vida desses idosos.

Espera-se que este estudo contribua para o campo da saúde e em particular a área específica pelo seu caráter interdisciplinar dentro da comunidade científica em geral mediante a relevância do tema estudado e seus respectivos resultados e com base na necessidade de mais ações que visem a maior acesso da população as informações relacionadas ao envelhecimento, espera-se implementações de políticas públicas satisfatória para essa população idosa. Entretanto novas experiências e discussões metodológicas necessitam ser publicada para a próxima ainda mais leitores e pesquisadores dessa possibilidade investigativa.

## **7. Cronograma**

### **Cronograma de Execução**

	<b>Ano de 2014</b>	<b>Ano de 2015</b>

<b>Ações</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>
Participação do Proc. de seleção	<b>X</b>											
Início do Curso		<b>X</b>										
Discussão e definição do tema da pesquisa			<b>X</b>									
Levantamento Bibliográfico(artigos)				<b>X</b>								
Elaboração novo Projeto					<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Encontros com orientadora					<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

	<b>Ano de 2015</b>						<b>Ano de 2016</b>					
<b>Ações</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Set</b>	<b>Out</b>	<b>Nov</b>	<b>Dez</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>
Elaboração dos documentos	<b>X</b>	<b>X</b>										
Entrega dos Projetos finalizados para o CEP.			<b>X</b>									
Coleta de Dados				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>Ano de 2016</b>												
<b>Ações</b>	<b>Jul</b>		<b>Ago</b>		<b>Set</b>		<b>Out</b>		<b>Nov</b>		<b>Dez</b>	
Coleta de Dados	<b>X</b>		<b>X</b>									

## **8. Referências Bibliográficas**

1. BULGARELLI AF, Pinto IC, Rodrigues AL Júnior, Manco ARX. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto-SP. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2009; 12(2): 175-91.

2. Beltrão, K.L., Camarano, A.A., Karson, S. Dinamica Populacional brasileira na Virada do Século XX. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004. (texto para Discursão, 1.034).
3. (projeções das Nações Unidas (Fundos de Populações) 2010 a 2050 – Secretaria Nacional de promoção de Defesa dos Direitos Humanos. Presidência da Republica Brasil). 2010
4. WILKERSON, G. F. Pratica de enfermagem nos cuidados domiciliários. Lisboa: Lusociencias, 2004
5. PIMENTEL, L. O lugar do idoso na família. Coimbra: Quarteto, 2001.
6. Gomes Junior, Edmundo de Paula. Pedagogia da Idade – o discurso e o envelhecimento no ambiente escolar. 2007.
7. IBGE, Proporção de idosos no Brasil, dados divulgados e pelo IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) - atualizado em 29/08/2013.
8. Scott, Russel Parry. Envelhecimento e Juventude no Japão e no Brasil: Idosos, Jovens e problematização da saúde reprodutiva no Brasil, 2002. Atualizado em 2007.
9. Ramos LR, Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py, L Neri AL Caçado FAX, Gorzoni NL, Rocha SM. Tratado de Geriatria e gerontologia Rio de Janeiro Guanabara: 2008
10. Sanches MAS. A dependência e suas implicações para a perda da autonomia: estudos das representações para o idoso de ujma unidade ambulatorial geriátrica segundo seu envelhecimento; 2009
11. Costa, L.V.A Políticas Nacional do Idoso: perspectiva governamental. Envelhecimento populacional; Uma agenda para o final do Sec. Brasília: MPAS, SAS, 2006.
12. Silva, J.C: A velhice e Assistência social no Brasil no Brasil. A terceira Idade 2009.
13. IBGE, dados estatísticos do envelhecimento no Brasil, dados divulgados e pelo IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) - atualizado em 29/08/2013
14. ONU, Organização das Nações Unidas. 2006
15. OMS, Organização Mundial da Saúde, 2006
16. OMS, HOFFMANN; Organização Mundial de Saúde & Hoffmann, Cristina Maria; 2007.

17. MENDES, M.R.S.S.B, A situação Social do Idoso no Brasil, Acta enferma. Vol.10. 2008.
18. RAMOS, L.R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev. Saúde Pública, 27 (2):87-94, 2005
19. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Ver. Brasileira de Enfermagem, 2009
20. Girardon- PERLINI, N.M.O. Cuidador de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. 2008
21. Sarti,C.A. Família e Individualidade: Perspectivas de análises teóricas da família contemporânea em debate. Instituto de estudos especiais da PUC de São Paul, 2006.
22. EGRY,E.Y., FONSECA, R. M. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2008.
23. SOUZA, C. R.; LOPES, C. F. ; Barbosa, M. A . A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através d a revista domiciliaria. Revista da UFG, Goiania, v. 6, p. 4-9, dez. 2004.
24. RICE, R. Prática de Enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicações. Lisboa: Lusociencia, 2004.
25. PEREIRA, E. G.; COSTA, M. A. Os centros de saúde em Portugal eo cuidado ao idoso no contexto & Contexto de Enfermagem. Florianopolis, v. 16, n. 3, p. 408-416, 2007
26. GIACOMmozzi, K.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: A experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública** 2006.
27. Bispo Jr JP. Fisioterapia e Saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência e saúde colet. 2010.
28. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio, 2007.
29. Segundo Adriana Zorub Fonte Feal, presidente da comissão dos direitos dos advogados idosos da OAB/ SP – 2013
30. Castro, R.A. AL. Propedêutica Clínica da IU de Esforço. Unifesp – escola Paulista de Medicina, 2009
31. Cardoso, F,; Camargos,S.T,; Silva JR,G.A. Etiology of parkinismo in a Brazilian movement disorders clinic. Arquivo de Neuropsiquiatroa. São Paulo. 1998.

32. Reis, R. B. et. Incontinencia urinaria no idoso. Acta Cirurgica Brasileira, São Paulo, 2003.
33. ARRUDA, A.M. et.al/. Bexiga hiperativa. São Paulo: Unifesp. Escola Paulista de medicina. 2006.
34. MACHADO, L.; Queiroz, Z. P.V Negligencia e maus tratos em idosos. Tratado de Geriatria e Gerontologia 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
35. GARCIA,R,; LEME,M.D.; GARCEZ-LEME, L. E. Evolution of Brazilian elderly with hip fracture secondary to a fall. Clinics, são Paulo, 2006
36. SARAMAGO, J. Cadeira.In; Objecto quase. São Paulo: Os idosos e companhia das letras. 1998.
37. SOARES, P. J. R. inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Psychiatry on-line Brasil, 2008/2013.
38. BRASIL. Conselho Nacional de Saude. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasilia, Diario Oficial da Republica Federativa do Brasil, DF. Disponivel em: [http// conselho. Saúde. Gov.br / comissão/conep/resolução.html](http://conselho.Saúde.Gov.br/comissão/conep/resolução.html). acessado em 18/agostos de 2015

## **9. SITES CONSULTADOS**

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Impeachment>. Disponível em 26/06/2015.

<http://www.bu.ufsc.br>. Disponível em 12/04/2015.

www.senado.gov.br. Disponível em 27/03/2015.

www.sec.floripa.com.br/história. Disponível em 26/08/2015.

www.sine.sc.gov.br/dados emprego. Disponível em 30/06/2015.

[www.ibge.gov.br/cesos](http://www.ibge.gov.br/cesos). Disponível em 14/05/2008.

<http://conselho.saude.gov.br/comissao> conep /resolucao.html em 18/08/2015

## **Anexos**

Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Anexo 2 – Instrumento da pesquisa ( Questionário) Sócio Demográfico.

Anexo 3 – instrumento de Avaliação do Estado Funcional do Idoso (Escala de Katz).

Anexo 4 – Instrumento de Avaliação do Estado Cognitivo, Mini- Mental State Examination de folstein. (MMSE).

Anexo 5 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso Usado nesta Pesquisa (SF-36)

Anexo 6 – Parecer substanciado do CEP

Anexo 7- Projeto unicêntrico com único-participante

Anexo 8- Carta de autorização onde ocorreu a pesquisa

Anexo9 - Carta aceite I

Anexo 10 – Instrumento de Avaliação pelo Orientador

Anexo 11 - Currículo Lattes do Pesquisador.

### **Fase 1: Ponderação dos dados**

Questão	Pontuação
---------	-----------

01	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5,0 4,4 3,4 2,0 1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for 1 2 3 4 5	Pontuação 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>	
10	Considerar o mesmo valor	

11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Se a resposta for 1, o valor será (5)</li><li>Se a resposta for 2, o valor será (4)</li><li>Se a resposta for 3, o valor será (3)</li><li>Se a resposta for 4, o valor será (2)</li><li>Se a resposta for 5, o valor será (1)</li></ul>
----	--