



FACULDADE DE ENSINO E CULTURA DO CEARÁ - FAECE

PAULO ÁTILA DA SILVA VIANA

**PERFIL DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UM PROJETO
CONVIVÊNCIA E LAZER NA CIDADE DE FORTALEZA-CE**

FORTALEZA - CE

2013

PAULO ÁTILA DA SILVA VIANA

**PERFIL DOS IDOSOS CADASTRADOS EM UM PROJETO
CONVIVÊNCIA E LAZER NA CIDADE DE FORTALEZA-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms Ana Zaiz
Teixeira de Carvalho

FORTALEZA

2013

Dedico

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus pela minha vida. Mesmo sem merecer, o senhor tem sido generoso comigo, ao longo de toda minha vida. O senhor tirou-me do nada e me colocou para sentar ao lado dos grandes.

À minha família, por acreditar em mim. Mãe, seu cuidado e admiração me deram, em alguns momentos, a força para seguir. Pai, seu apoio significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

À Gabrielle, pessoa com quem dividi as alegrias e dificuldades deste curso. Com você sinto-me completo. Obrigado pelo carinho.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

À minha orientadora, professora Ana Zaiz Flores, pela ajuda e paciência no decorrer do trabalho.

Às professoras Adriana, Carla Danielle, Bruna e Adma pela grande ajuda que me deram para que eu finalizasse o curso.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

RESUMO

No Brasil, a expectativa de vida aumentou substancialmente no último meio século, proporcionando uma explosão demográfica no país. Esse aumento populacional ocorreu significadamente no topo da estrutura organizacional da sociedade, ou seja, nos indivíduos da terceira idade. Concomitantemente, houve um aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas no país, uma vez que o próprio processo do envelhecimento é fator de risco para morbidades. Nesse contexto, no início da década de 60, surgiram os Projetos de Convivência e Lazer para idosos. Essa modalidade lúdico-terapêutica visa o aumento da autoestima e qualidade de vida do idoso, por meio de atividades em grupo, como atividades lúdicas, exercícios físicos, danças, debates e trocas de experiências de vida. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos cadastrados em um projeto de convivência e lazer, na cidade de Fortaleza-CE-Brasil. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2013, para isso utilizou-se de um instrumento modificado do padrão original Brazil Old Age Schedule – BOAS. Os resultados revelaram que dos 24 idosos entrevistados (87,5%) eram mulheres, aposentadas (89%), baixo poder aquisitivo (83,3%) e com baixo nível de escolaridade (58,3%). A maioria (79%) tem uma percepção positiva da sua saúde geral, entretanto (91,7%) apresentam algum tipo de doenças e (91,7%) fazem uso de medicamento diariamente. (100%) dos entrevistados apresentam alto grau de autonomia e independência, uma vez que conseguem realizar as atividades básicas diárias. De fato, os resultados que caracterizam os grupos de idosos são fundamentais para subsidiar as ações de promoção à saúde, por conhecer as características de cada membro do grupo.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Projeto de Convivência e Lazer.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
ARTIGO	10
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES	
A – Questionário Brazilian Old Age Schedule (Modificado).....	24
B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
ANEXO	
A – Termo de aprovação do comitê de ética.....	34
B – Normas da revista RENE.....	35

1. APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, atualmente, cerca de 10% da população é constituída de idosos, contabilizando aproximadamente 20 milhões. Segundo Veras (2009), esse número está aumentando de maneira rápida e intensa no país.

A expectativa de vida brasileira aumentou substancialmente no último meio século, proporcionando uma explosão demográfica no país. Esse aumento ocorreu significativamente no topo da estrutura organizacional da sociedade, ou seja, nos indivíduos da terceira idade. Segundo Carvalho e Garcia (2003), uma explicação para esse fenômeno pode estar na diminuição da mortalidade, concomitantemente com rápida queda da fecundidade. Existem diversas outras explicações acerca da origem desse fenômeno, já na opinião de Carmo et al. (2003) a constante diminuição da taxa de natalidade, a partir da metade do século XX, provocaram uma queda do crescimento da população brasileira.

Com o passar dos anos, os indivíduos com idade avançada tendem a apresentar maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e sintomas relacionados à incapacidade funcional, pois existe relação direta entre esses fenômenos (ALVES et al, 2010). O conceito antigo de que saúde é a ausência de doenças não mais contempla esse grupo, haja vista que não possuir nenhuma doença é privilégio para poucos dessa faixa etária, mas isso não quer dizer que muitos não atinjam a maximização do bem-estar e uma excelente qualidade de vida, apesar de possuírem comorbidades.

Se não bastasse a predisposição a doenças, das mais diversas categorias, o idoso também apresenta uma alimentação inadequada de nutrientes, predispondo ainda mais a patologias. Segundo Araújo et al. (2013), quase na totalidade dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam carência das vitaminas E, D e A. Em contra partida, esse mesmo grupo de pessoas possuem uma alimentação riquíssima de sódio.

Diversos estudos apontam o excesso de sódio como fator de risco para a hipertensão arterial, que é caracterizada com a elevação dos níveis pressóricos dos vasos sanguíneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O processo de envelhecimento associado a diversos fatores de risco tem desencadeado a uma busca desenfreada por soluções de cunho lúdico-terapêuticas, a exemplo dos projetos de convivência e lazer. Participar de um projeto comunitário contribui substancialmente para

um envelhecimento saudável, isso porque o desenvolvimento de atividades lúdicas aliada ao compartilhamento de sentimentos negativos da vida como depressão, solidão, medo e frustrações funcionam como método terapêutico. (WEINGARTNER E WALDMAN, 2007).

Felizmente, ao reunir-se em grupos estabelecendo novos laços fraternais, ocorre o resgate da autoestima e a desvinculação de sentimentos desagradáveis ao processo de envelhecer. Também afirma Leite et. al. (2002) que a eliminação da solidão pode ser conseguida durante a execução de trabalhos em grupo, compartilhando informações e sentimentos. Ademais, a confiança pessoal e o sentimento de bem-estar são reestabelecidos com a assistência das redes sociais comunitárias, contribuindo o benefício de todos que frequentam o grupo. (RESENDE, 2006).

Em linhas gerais, é importante ressaltar que a Enfermagem possui papel fundamental na promoção e manutenção da saúde em todos os ciclos da vida, por isso o incentivo e participação de idosos em grupos devem fazer parte da sistematização de enfermagem, bem como a incorporação dessas terapias na atenção primária.

Ao realizar uma busca relacionando os descritores: Perfil de Saúde, Idoso, Enfermagem e Centros de Convivência e Lazer, no espaço temporal de 2000 a 2012, constata-se que poucos trabalhos conseguiram levantar dados suficientes para chegar a um resultado mais generalista, sobre o perfil epidemiológico dos idosos que frequentam projetos de convivência e lazer. Isso se deve ao fato de que alguns autores buscaram resultados específicos, isolando, por exemplo; sexo, grau de independência do longo tempo, faixa etária ou dados antropométricos. Além disso, grande parte das pesquisas possuem mais de 5 anos de sua realização e, sabendo que a sociedade é dinâmica, é imprescindível pesquisas cada vez mais atualizadas, a fim de acompanhar permanentemente as características da população em estudo.

Por meio deste trabalho será possível, com o conhecimento amplo das informações de cada participante, embasar cientificamente ações que visam garantir uma melhor qualidade de vida aos membros do grupo estudado. Para tal, a enfermagem poderá utilizar de várias técnicas, dentre elas a educação em saúde.

Assim, trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um projeto denominado de Projeto Saúde, Bombeiro e Sociedade – PSBS, gerenciado pelo Corpo

de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE), na cidade de Fortaleza-Ce.

A pesquisa de campo aconteceu nos meses de agosto a outubro de 2013. Os critérios de inclusão foram ter acima de 60 anos, participar do projeto em estudo e concordar voluntariamente em participar. Para os critérios de exclusão ficaram fora do estudo os que residem e frequentam os núcleos do interior do estado.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário modificado, adaptado ao objetivo deste, do padrão original Brazil Old Age Schedule (BOAS) (APÊNDICE A).

Todas as exigências éticas e científicas, conforme dispõe a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de saúde, foram seguidas nas etapas da pesquisa, além disso a pesquisa teve a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP parecer nº 355.143 do dia 08/08/2013 (ANEXO A).

A seguir, apresentamos o artigo desenvolvido que foi estruturado de acordo com a Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – RENE (ANEXO B).

2.ARTIGO

PERFIL DE IDOSOS CADASTRADOS EM UM PROJETO DE CONVIVÊNCIA E LAZER EM FORTALEZA-CE*

PROFILE EPIDEMIOLOGICAL OF ELDERLY REGISTERED AT A PROJECT OF COEXISTENCE AND LEISURE OF FORTALEZA-CE

PERFIL DE ANCIANOS CATASTRADOS EN UNA ASOCIACIÓN DE DISEÑO Y OCIO EN FORTALEZA-CE

Paulo Átila da Silva Viana

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que descreve o perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos cadastrados em um projeto de convivência e lazer, na cidade de Fortaleza-CE-Brasil. Os dados foram coletados de agosto a outubro de 2013, para isso utilizou-se de um instrumento modificado do padrão original Brazil Old Age Schedule – BOAS. Os resultados revelaram que dos 24 idosos entrevistados (87,5%) eram mulheres, aposentadas (89%), baixo poder aquisitivo (83,3%) e com baixo nível de escolaridade (58,3%). A maioria (79%) tem uma percepção positiva da sua saúde geral, entretanto (91,7%) apresentam algum tipo de doenças e (91,7%) fazem uso de medicamento diariamente. (100%) dos entrevistados apresentam alto grau de autonomia e independência, uma vez que conseguem realizar as atividades diárias. De fato, os resultados que caracterizam os grupos de idosos são fundamentais para subsidiar as ações de educação em saúde, por conhecer as características de cada membro do grupo.

Descritores: Enfermagem; Idoso; Projeto de Convivência e Lazer.

This is a descriptive study with a quantitative approach, which describes the epidemiological and socioeconomic profile of elderly registered in a project living and leisure in the city of Fortaleza, Brazil. Data were collected from August to October 2013, for this we used a modified instrument's original standard Brazil Old Age Schedule - GOOD. The results revealed that of the 24 elderly respondents (87.5%) were women, retired (89%), low income (83.3%) and low level of education (58.3%). The majority (79%) have a positive perception of their general health, however (91.7%) have some type of disease and (91.7%) use medication daily. (100%) of the respondents have a high degree of autonomy and independence, since it can perform daily activities. In fact, the results that characterize elderly groups are critical to support the activities of health education by learning the characteristics of each group member.

Descriptors: Nursing, Elderly, Project Living and Leisure.

Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, que describe el perfil epidemiológico y socioeconómico de las personas mayores registrados en un proyecto de vida y de ocio en la ciudad de Fortaleza, Brasil. Los datos fueron recolectados entre agosto y octubre de 2013, para ello se utilizan Brasil Old Horario Edad norma original de un instrumento modificado - GOOD. Los resultados revelaron que de los 24 encuestados mayores (87,5%) eran mujeres, jubilados (89%), bajos ingresos (83,3%) y el bajo nivel de educación (58,3%). La mayoría (79%) tienen una percepción positiva de su estado general de salud, sin embargo (91,7%) tienen algún tipo de enfermedad y el (91,7%), el uso de medicación diaria. (100%) de los encuestados tienen un alto grado de autonomía e independencia, ya que puede realizar las actividades diarias. De hecho, los resultados que caracterizan a los grupos de edad avanzada son fundamentales para apoyar las actividades de educación para la salud mediante el aprendizaje de las características de cada miembro del grupo.

Descriptores: Enfermería, ancianos, Proyecto Vida y ocio.

¹Graduando em enfermagem. Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE), Fortaleza-CE-Brasil. Paulo Átila da Silva Viana. Avenida Benjamim Brasil Nº 1100 CEP-60.711-442. paulovianaatila@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. No Brasil, atualmente, cerca de 10% da população é constituída de idosos, contabilizando aproximadamente 20 milhões. Ainda segundo estudos, esse número está aumentando de maneira rápida e intensa no país.¹

Com o passar dos anos, os indivíduos com idade avançada tendem a apresentar maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e sintomas relacionados à incapacidade funcional, uma vez que existem relações direta entre idade e predisposição a morbididades.²

O acometimento de doenças crônicas na maior parte da população idosa e todos os eventos que promovem o processo de envelhecimento acarreta um elevado custo na assistência de saúde, devido à alta complexidade dos tratamentos e maior especialização dos recursos humanos envolvidos no processo do cuidar.³

Se não bastassem as alterações fisiológicas, os longevos ainda enfrentam o preconceito e o isolamento social. No Brasil, o processo de evolução do envelhecimento da população foi encarado com certa indiferença, por parte da sociedade mais jovem. Era comum a incorporação de diversos valores negativos ao “velho”, sobretudo, a percepção de um indivíduo dependente, doente, fútil, fraco e ignorante.⁴

Em linhas gerais, a diminuição da autoestima e o isolamento social do idoso têm sua gênese no preconceito enraizado na sociedade contra a velhice, desencadeando ao isolamento social e a própria perda da identidade. Além disso, a redução da avaliação subjetiva de si mesmo afeta a percepção da identidade e as suas relações interpessoais.^{4,5}

Felizmente, ao reunir-se em grupos estabelecendo novos laços fraternais, ocorre o resgate da autoestima e a desvinculação de sentimentos desagradáveis ao processo de envelhecer. Além disso, a eliminação da solidão pode ser conseguida durante a execuções de trabalhos em grupo, compartilhando informações e sentimentos.⁶ Por fim, a confiança pessoal e o sentimento de bem-estar são reestabelecidos com a assistência das redes sociais comunitárias, contribuindo para o benefício de todos que frequentam o grupo.⁷

Sem dúvidas, o Brasil tem evoluído bastante, no que diz respeito à atenção do idoso. Prova disso, foi criação da Política Nacional do Idoso, sobre a Lei 8.842/94, que visa promover a autonomia e a sua efetiva participação na sociedade. Além disso, é ressaltada nessa lei a competência dos órgãos e entidades públicas de prevenir a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.⁸

Atualmente, existem diversas formas para que o idoso possa buscar a sua ressocialização e envelhecer com qualidade, utilizando de programas profiláticos, os projetos de convivência e lazer é uma delas. Com a finalidade de trazer qualidade de vida a um grupo de longevos, em 1963, o SESC/São Paulo criou o primeiro núcleo de convivência e lazer. A característica principal do projeto foi favorecer o envelhecimento com saúde e qualidade, trabalhando com o prolongamento da situação de independência do indivíduo.⁹

É impressionante como o grupo de convivência pode trazer benefícios psicossomáticos, durante o compartilhamento de experiências e sentimentos diversos.¹⁰ Não existe uma fórmula mágica ou um procedimento complexo para obter resultados positivos; na verdade, na maioria das vezes, atitudes simples como dançar, cantar, conversar, sorrir e dividir experiências determinam o êxito na missão de proporcionar conforto e alegrias a esses indivíduos.

Nesse contexto, é importante ressaltar que para obter uma maximização do cuidado é necessário dispor de um planejamento de ações individualizadas para a demanda da comunidade.

O conhecimento dessas características é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas de promoção à saúde que proporcionem um envelhecimento saudável, favorecendo o cuidado integral e individualizado e tornando possível intervir preventivamente.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar o perfil epidemiológico dos idosos que frequentam projetos de convivência e lazer na cidade de Fortaleza, Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um projeto denominado de Projeto Saúde, Bombeiro e Sociedade – PSBS, gerenciado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará (CBMCE). O PSBS nasceu em 2003, através do Centro de Treinamento e Desenvolvimento Humano (CTDH), com a finalidade de oferecer atividades lúdicas e de baixo impacto para pessoas, principalmente idosos, que se interessassem. O projeto iniciou-se no quartel do Núcleo de Busca e Salvamento (NBS), com a participação dos bombeiros: Capitão Virgílio Ryoaburo Cláudio Sawaki, Tenente Luis Roberto Costa, Sargento José Ivonildo Brito e Sargento Antônio Aldenor da Silva. Em 2012, o PSBS possuía 204 núcleos em Fortaleza, totalizando aproximadamente 16.117 membros. A

escolha deste projeto, como local de estudo da pesquisa, se deu devido à expansão abrupta e a sua ótima aceitação por parte da sociedade.

A pesquisa de campo aconteceu nos meses de agosto a outubro de 2013. Participaram do estudo 24 idosos do PSBS, selecionados aleatoriamente. Os critérios de inclusão foram ter acima de 60 anos, participar do projeto em estudo e concordar voluntariamente em participar. Para os critérios de exclusão ficaram fora do estudo os que residem e frequentam os núcleos do interior do estado.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário modificado, adaptado ao objetivo deste, do padrão original Brazil Old Age Schedule (BOAS).

Os dados encontrados foram processados e analisados mediante a utilização do programa Excel 2003, além dos recursos da estatística descritiva. Durante a construção de tabelas e gráficos, as variáveis foram selecionadas e agrupadas de forma a facilitar o entendimento.

Todas as exigências éticas e científicas, conforme dispõe a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de saúde, foram seguidas nas etapas da pesquisa. Também é importante ressaltar que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) e que o estudo teve a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP parecer nº 355.143 do dia 08/08/2013 (ANEXO A).

RESULTADOS

Dentre os aspectos investigados, os dados sociodemográficos revelam o predomínio de mulheres 21 (87,5%) contra 3 (12,5%) do sexo masculino. Do total dos entrevistados, 7 (29,2%) estavam na faixa etária de 60 a 64 anos, 11 (45,8%) eram casados e 14 (58,3%) possuíam nível de escolaridade baixo até o 1º grau. Com relação ao tipo de habitação, 23 (96%) relataram residir em moradia própria enquanto 1 (4%) em moradia alugada. Quanto ao número de filhos, predominaram as que possuíam entre 1 a 2 filhos 15 (62,5%).

No que diz respeito ao arranjo familiar, apenas 2 (8,3%) moravam sozinhos e 22 (91,7%) residiam acompanhados por conjugues e/ou filhos.

Considerando o salário mínimo vigente no ano de 2013, 22 (91,7%) possuíam a aposentadoria como única fonte de sustento. Do total de idosos, 18 (75%) ganhavam entre um e dois salários mensais, 4 (16,7%) afirmaram receber acima de dois salários mínimos e 2 (8,3%) relataram receber até um salário mínimo. A Tabela 1 ilustra os resultados por variáveis:

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos idosos entrevistados. Fortaleza, CE, 2013.

Dados sociodemográficos		n	%	% Acumulada
Sexo				
	Feminino	21	87,5%	87,5%
	Masculino	3	12,5%	100,0%
Idade				
	60-64 anos	7	29,2%	29,2%
	65-69 anos	7	29,2%	58,3%
	70-74 anos	5	20,8%	79,2%
	>75 anos	5	20,8%	100,0%
Estado civil				
	Solteiro	3	12,5%	12,5%
	Casado	11	45,8%	58,3%
	Viúvo	7	29,2%	87,5%
	Divorciado	3	12,5%	100,0%
Escolaridade				
	Nenhuma	0	0,0%	0,0%
	Primario	7	29,2%	29,2%
	1º Grau	14	58,3%	87,5%
	2º Grau	3	12,5%	100,0%
	Superior	0	0,0%	100,0%
Habitação				
	Própria	23	96%	96%
	Alugada	1	4%	100%
	Cedida	0	0%	100%
Nº de filhos				
	1 a 2	15	62,5%	63%
	3 a 4	5	20,8%	83%
	5 ou mais	4	16,7%	100%
Arranjo domiciliar				
	Mora sozinho	2	8,3%	8,3%
	Mora acompanhado	22	91,7%	100,0%
Aposentadoria				
	Sim	22	91,7%	91,7%
	Não	2	8,3%	100,0%
Renda familiar				
	Até 1 SM*	2	8,3%	8,3%
	entre 1 a 2 SM*	18	75,0%	83,3%
	> 2 SM*	4	16,7%	100,0%

* Salário mínimo

Os dados da Tabela 2 são referentes à percepção dos entrevistados em relação a sua saúde. Nota-se que 19 (79,2%) consideram sua saúde como ótima e boa, classificando-se como pessoas saudáveis. Quando solicitado à comparação da saúde atual com os últimos 05 anos, 11 (45,8%) relataram apresentar uma melhora em seu estado. Entretanto, um número considerável 8 (33,3%) informaram uma piora na saúde nesse período. Na comparação com outras pessoas, a maioria dos entrevistados 14 (58,3%) acreditam ter uma saúde melhor, 10 contra (41,7%) que se sentem do mesmo jeito do que outras pessoas da mesma idade.

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados em relação à autoavaliação da saúde. Fortaleza, CE, 2013.

Avaliação de Saúde	n	%	% Acumulada
Autoavaliação da saúde			
Ótima	5	20,8%	20,8%
Boa	14	58,3%	79,2%
Ruim	4	16,7%	95,8%
Péssima	1	4,2%	100,0%
Em comparação com os últimos 05 anos			
Melhor	11	45,8%	45,8%
Mesma coisa	5	20,8%	66,7%
Pior	8	33,3%	100,0%
Comparação com as pessoas da mesma idade			
Melhor	14	58,3%	58,3%
Pior	0	0,0%	58,3%
Igual	10	41,7%	100,0%
Autoavaliação da visão			
Ótima	2	8,3%	8,3%
Boa	11	45,8%	54,2%
Ruim	10	41,7%	95,8%
Péssima	1	4,2%	100,0%
Autoavaliação da audição			
Ótima	3	12,5%	12,5%
Boa	16	66,7%	79,2%
Ruim	4	16,7%	95,8%
Péssima	1	4,2%	100,0%

Ao investigar os agravos a saúde que acometem os entrevistados, observa-se na Tabela 3 que 22 (91,7%) possuíam alguma morbidade. A Hipertensão Arterial e a Dislipidemia foram as doenças de maior prevalência no grupo, representando 19 (79,2%) e 8 (33,3%) respectivamente. Os Distúrbios tireoidianos com 4 (16,7%) também pode ser destacada como predominante em boa parte dos entrevistados. Vale ressaltar que existi entre os entrevistados a associações de varias morbidades.

Quanto à utilização de medicamentos, 22 (91,7%) dos entrevistados relataram utilizar diariamente. Os medicamentos mais consumidos são os anti-hipertensivos e os antidiabéticos.

Tabela 3: Distribuição dos entrevistados de acordo com o tipo de morbidade relatado. Fortaleza, CE, 2013.

Variáveis	n	%
Presença de morbidades		
Sim	22	91,7%
Não	2	8,3%
Tipo de Morbidade		
Hipertensão Arterial	19	79,2%
Dislipidemia	8	33,3%
Distúrbios Tireoidianos	4	16,7%
Diabetes	3	12,5%
Artrose	2	8,3%
Osteoporose	2	8,3%
Depressão	1	4,17%
Uso de medicamentos		
Sim	22	91,7%
Não	2	8,3%

Quando questionado sobre a autonomia funcional de realizar as atividades do cotidiano, 100% dos entrevistados afirmaram realizar sozinhos pelo menos uma das atividades indagadas. As atividades com maior limitação para sua execução foram: sair de casa dirigindo um automóvel, cortar as unhas dos pés e sair de casa utilizando transporte público. Na Tabela 4 está ilustrado o perfil funcional dos entrevistados estratificado por cada atividade do dia-a-dia.

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados de acordo com o grau de autonomia na realização das atividades diárias. Fortaleza, CE, 2013.

Atividades da vida diária	n	%
Sair de casa e utilizar um transporte público	19	79,2%
Sair de casa dirigindo um automóvel	1	4,2%
Caminhar curtas distâncias	24	100,0%
Preparar sua própria refeição	23	95,8%
Alimentar-se	24	100,0%
Arrumar a casa, a sua cama	22	91,7%
Tomar banho	24	100,0%
Vestir a roupa	24	100,0%
Pentear seus cabelos	24	100,0%
Cortar as unhas dos pés	21	87,5%
Tomar os seus remédios	24	100,0%
Ir ao banheiro em tempo	23	95,8%
Deitar e levantar da cama	24	100,0%
Caminhar em superfície plana	24	100,0%
Subir e descer escadas	20	83,3%

DISCUSSÃO

No que tange as características demográficas do grupo estudado, como gênero, faixa etária, condição financeira, autopercepção de saúde e prevalência de morbidades; os achados comprovam outros estudos realizados no âmbito da saúde do idoso. Tais trabalhos constataram a predominância do sexo feminino nos projetos sociais, por exemplo. Essa alta participação feminina pode estar influenciando o perfil demográfico dos idosos caracterizada por uma maior sobrevivência das mulheres.¹¹

Ainda é relevante a quantidade de viúvas encontradas nesta pesquisa (29,2%), apesar de o resultado ser inferior a diversos estudos anteriores. Os achados encontrados na cidade de Iguatú, em 2009, mostram dados mais expressivos, no que diz respeito aos aspectos conjugais, onde 44,6% das idosas eram viúvas.¹² Talvez esse aumento do número de idosas casadas esteja relacionado a uma melhora na expectativa de vida dos homens, principalmente depois que o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2008, a política de saúde do homem, visando diminuir a mortalidade masculina.¹³

Com relação à escolaridade, mais de 58% dos idosos só tinham cursado até o 1º grau, ilustrando as dificuldades de acesso à educação no Brasil, em que a atividade do campo predominou na vida de muitos brasileiros em detrimento dos trabalhos que demandavam uma maior carga de escolaridade.¹⁴ Nesse contexto, é possível inferir também que as condições socioeconômicas, na época de nascimento dos entrevistados, influenciavam diretamente no nível de escolaridade.

Em relação à condição econômica, ¾ dos entrevistados afirmaram ganhar entre um e dois salários mínimos e que esse dinheiro, apesar de pouco, era suficiente para as necessidades básicas; e somente 8,3% possuíam renda de até 1 salário mínimo. Esse dado difere do encontrado no estudo realizado numa unidade básica de saúde da família (UBASF), também na cidade de Fortaleza, onde 40% dos entrevistados possuíam renda de até um salário mínimo. Essa divergência de dados no mesmo município pode ter explicações na desigualdade social em que o Brasil apresenta ao longo de sua história, sendo evidenciada em pequenos espaços do território brasileiro.¹⁵

Quando avaliado o arranjo familiar, constatou-se que outros estudos também tiveram um percentil abaixo de 10% do número de idosos que moram sozinhos. Esse valor é preocupante, uma vez que morar sozinho pode trazer maiores dificuldades na realização das atividades diárias para o idoso. Essa dificuldade está ligada ao próprio processo do envelhecimento. Além disso, esse isolamento pode contribuir para o enquadramento do idoso em situação de fragilidade.¹⁶

Quanto à autopercepção de saúde, consideram-se com uma saúde boa para realizar atividades diversas. Esse resultado contrapõe a outra pesquisa realizada com idosos na cidade de Iguatu, onde a maioria considerava sua saúde regular (58,3%).¹³ Essa variação decorre, provavelmente, das características peculiares de cada pessoa, uma vez que o indivíduo que teve bons hábitos de vida ao longo da vida possivelmente terá uma vida saudável.

Quase a totalidade dos entrevistados apresentam morbidades, dentre elas as doenças crônicas não transmissíveis continuam sendo as mais prevalentes. Neste estudo, a hipertensão arterial também ocupou posição de destaque, uma vez que várias pesquisas realizadas no Brasil confirmam essa alta prevalência.^{4,13,15,17}

Se, por um lado, a hipertensão continua sendo a morbidade de maior prevalência, por outro, o diabetes que na grande maioria das pesquisas destaca-se na segunda colocação, nesta pesquisa apareceu apenas na quarta posição. Por sua vez, a dislipidemia surge como a segunda morbidade de maior prevalência no grupo estudado. Esse resultado também diverge da maioria das pesquisas feitas nos últimos anos.^{4,13,15,17}

Concomitantemente, é grande o uso de medicamentos no grupo entrevistado, principalmente de anti-hipertensivos, desencadeando uma preocupação quanto ao seu uso adequado. De fato, o uso incorreto de fármacos pode levar a um aumento da incidência de efeitos colaterais e interações medicamentosas. Esse erro na automedicação decorre da própria limitação do idoso, uma vez que esse possui acuidade visual e déficits de memória reduzidos, levando a erro no uso.¹⁸

Avaliar o grau de independência nas Atividades da Vida Diária – AVD é um excelente indicador para mediar a qualidade de vida do idoso, bem como no planejamento de ações de saúde. Portanto, o alto grau de autonomia e independência encontrado nesta pesquisa corroboram com os achados em outras pesquisas, onde quase a totalidade dos entrevistados realizam todas as AVD.^{4,13}

De fato, a formação desses grupos de convivência de lazer para idosos colabora, decisivamente, ao permitir uma interação dos integrantes e favorecendo um envelhecimento ativo. Entretanto, mediante os achados encontrados neste trabalho, faz-se necessário acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, com ênfase na enfermagem, na realização permanente de educação e promoção em saúde. Para tal, esses profissionais devem ter conhecimentos específicos para compreender melhor as mudanças físicas, emocionais e sociais dessa faixa etária, a fim de evidenciar o processo natural de adoecimento, bem como os limites dos sujeitos.^{1,15}

CONCLUSÃO

Ao final do trabalho, os achados encontrados no projeto estudado, gerenciado pelo corpo de bombeiros do ceará, mostram certa similaridade com outras literaturas. A divergência deu-se na renda familiar, autopercepção de saúde e tipo de morbidade acometida mais prevalente. Assim, durante a pesquisa, foi possível caracterizar o perfil dos idosos entrevistados como sendo de uma predominância feminina, entre 60 e 69 anos, com união estável, baixa escolaridade, aposentados e com boa percepção da sua própria saúde. Também apresentam comorbidades, dentre elas a hipertensão e a dislipidemia, além de fazerem uso diariamente de medicamentos. Apesar disso, possuem uma autonomia e independência para fazer as atividades da vida diária, concomitantemente com as atividades do projeto que frequentam.

Diante do exposto, é importante salutar que a Enfermagem possui papel fundamental na promoção e manutenção da saúde em todos os ciclos da vida, por isso o incentivo e

participação de idosos em grupos devem fazer parte da sistematização de enfermagem, bem como o acompanhamento permanente, passando principalmente pela educação em saúde.

Assim, com o conhecimento amplo das informações de cada participante, é possível embasar cientificamente ações que visam assegurar ainda mais a qualidade de vida dos idosos. Ademais, esse trabalho mostrou-se relevante e atual no contexto social do Brasil, uma vez que a tendência nos próximos anos é de um aumento considerado do número de longevos.

Não se pode esquecer também que o estudo baseou-se em um grupo pequeno e específico de idosos, fazendo necessário outras pesquisas da mesma natureza. Esses trabalhos precisarão ter uma perspectiva que englobe todas as peculiaridades e diferenças no nosso país, a fim de obter um resultado mais fidedigno.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
2. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3).
3. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.
4. Jardim, V. C. F. S. Perfil epidemiológico de mulheres participantes de grupos de convivência. Olinda, PE. 2007. p. 36-41. Tese (Mestrado em Saúde Pública).
5. Gáspari, J. C.; Schwartz, G. M. O idoso e a ressignificação do lazer. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, São Paulo, v.21, n.1, p. 69-76. jan/abr. 2005.
6. Leite, M. T.; Cappellari, V. T.; Sonogo, J. Mudou, mudou tudo em minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista eletrônica de enfermagem*, Goiana, v. 4, n. 1, p. 18-25, 2002.
7. Resende, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol. Am. Lat*, n.5, fev. 2006.
8. Brasil. Política Nacional do Idoso, aprovada pela portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.237, p. 20-24, 13 dez. 1999. Seção 1.
9. Portella, M. R. Grupos de terceira idade: a construção da utopia do envelhecer saudável. Rio Grande do Sul: UPF, 2004.

10. Menezes, K. M. G. Corpos velhos e a beleza do crepúsculo: Um debate sobre os (re) significados na velhice. Fortaleza, CE. 2012. p. 97-98. Tese (Mestrado em políticas públicas e sociedade).
11. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:127-41.
12. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. Política Nacional de atenção Integral a Saúde do Homem. Brasília;2008
13. Oliveira e Silva Helder, Carvalho Maynna Julianna Alencar David de, Lima Flávia Emília Leite de, Rodrigues Leila Vieira. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatú, Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):123-134.
14. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):625-31.
15. Clares JWV, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil dos idosos cadastrados numa unidade de saúde básica de Fortaleza. *VER RENE.* 2011; 12(n.esp.):988-94
16. Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene* 2008; 9(2):113-9.
17. Sobreira FMM, Sarmiento WE, Oliveira AMB. Perfil epidemiológico e sócio-demográfico de idosos frequentadores de grupo de convivência e satisfação quanto a participação no mesmo. *Revista brasileira de ciências da saúde.* 2011, v.15, n.4, p. 429-38
18. Silva CSO, Pereira MI, Yoshitome AY, Rodrigues neto JF, Barbosa DA. A avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Esc. Anna Nery.* 2010;14(4):811-8

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados no projeto estudado, gerenciado pelo corpo de bombeiros do ceará, mostraram certa similaridade com outras literaturas. A divergência deu-se na renda familiar, autopercepção de saúde e tipo de morbidade acometida mais prevalente.

A pesquisa caracterizou os idosos frequentadores do PSBS como sendo de maioria predominância feminina, idosos jovens, casados, baixa escolaridade, aposentados e com boa percepção da sua própria saúde. Também possuem comorbidades, como hipertensão e a dislipidemia, além de utilizarem diariamente medicamentos. Apesar disso, possuem uma autonomia e independência para fazer as atividades da vida diária.

Vale lembrar que a Enfermagem possui papel fundamental na promoção e manutenção da saúde em todos os ciclos da vida, por isso o incentivo a participação de idosos em grupos deve fazer parte da sistematização de enfermagem, bem como o acompanhamento permanente, perpassando principalmente pela educação em saúde. Para tal, o profissional de enfermagem deve ser capacitado para reconhecer as comorbidades relacionadas ao envelhecimento, além de compreender as limitações provenientes deste.

É importante ressaltar aqui o excelente trabalho do corpo de bombeiros, mostrando que com simples ideias é possível contribuir para a saúde do próximo, neste caso dos idosos. Esse tipo trabalho deveria ser estendendo para todas as unidades básicas de saúde, uma vez que agir preventivamente evita-se maiores custos na saúde, bem como diminui a incidências de doenças agudas relacionadas à velhice.

Em linhas gerais, fica claro que nos projetos de idosos é necessário um acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, principalmente da enfermagem, visto que o processo de envelhecimento traz consigo limitações e patologias. Ademais, é importante enfatizar também o benefício do projeto estudado para seus membros, uma vez que é unânime a felicidade com que falam sobre bem-estar e participar do PSBS.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3).

ARAÚJO, M. C., BEZERRA, I. N., Pereira, R. A., & Sichieri, R. (2013). Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação. *Rev Saúde Pública*, 47(1 Supl), 222S-30S.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. Mudanças no padrão de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, abr./jun. 2003.

CARVALHO J.A.M, GARCIA RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-733.

LEITE, M. T.; CAPPELLARI, V. T.; SONEGO, J. Mudou, mudou tudo em minha vida: experiências de idosos em grupos de convivência no município de Ijuí/RS. *Revista eletrônica de enfermagem*, Goiana, v. 4, n. 1, p. 18-25, 2002.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol. Am. Lat*, n.5, fev. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Rio de Janeiro, v.13, p.1-68 Suplemento VI, jan/fev/mar 2010.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.

WEINGARTNER A., WALDMAN, B. A interação social como diferencial na vida dos idosos da Vila Mapa. In: Lopes. MJM, Paixão DX. *Saúde da família: histórias, práticas e caminhos*. Porto Alegre: UFRGS;2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO BRAZILIAN OLD AGE SCHEDULE (MODIFICADO)

Pesquisa: “PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM PROJETOS DE CONVIVÊNCIA E LAZER NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ.”.

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

Nome do Entrevistado	
Endereço (Rua, Av.)	
Bairro	
Cidade	CEP
Telefone	
Nome do Entrevistador	
Data da Entrevista	

• INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Qual a sua idade?

_____ anos

3. Atualmente qual o seu estado conjugal?

<input type="checkbox"/> Solteiro
<input type="checkbox"/> Casado
<input type="checkbox"/> Separado
<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Viúvo
<input type="checkbox"/> Mora junto

4. Há quanto tempo está casado/morando junto (relacionamento atual)?

5. Tem filhos?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

6. Se sim, quantos são?

<input type="checkbox"/> Mulher
<input type="checkbox"/> Homem
<input type="checkbox"/> Total de filhos

7. Há quanto tempo mora na cidade de Fortaleza-Ce?

8. Qual o seu tipo de residência?

<input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Apartamento

9. É próprio(a), alugado(a) ou financiado(a)?

<input type="checkbox"/> Próprio
<input type="checkbox"/> Alugado
<input type="checkbox"/> Financiado
<input type="checkbox"/> Outros

10. Quantas pessoas moram na sua residência?

11. Quem são essas pessoas?

	Quantidade
<input type="checkbox"/> Esposo(a)/Companheiro(a)	
<input type="checkbox"/> Pais	
<input type="checkbox"/> Filho(a)	
<input type="checkbox"/> Neto(a)	
<input type="checkbox"/> Irmão(a)	
<input type="checkbox"/> Amigo(a)	

<input type="checkbox"/> Empregado(a)	
<input type="checkbox"/> Outros parentes	

12. Sabe ler e escrever?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

13. Qual o seu grau de escolaridade completo?

<input type="checkbox"/> Primário
<input type="checkbox"/> Ginásio/1º grau
<input type="checkbox"/> 2º grau (científico, técnico)
<input type="checkbox"/> Nível superior
<input type="checkbox"/> Nenhuma

• **SAÚDE FÍSICA**

14. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

<input type="checkbox"/> Ótima
<input type="checkbox"/> Boa
<input type="checkbox"/> Ruim
<input type="checkbox"/> Péssima

15. Em comparação com os últimos 05 anos, o(a) Sr.(a) diria que hoje a sua saúde é:

<input type="checkbox"/> Melhor
<input type="checkbox"/> Pior
<input type="checkbox"/> Mesma jeito

16. Em comparação a outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

<input type="checkbox"/> Melhor
<input type="checkbox"/> Pior
<input type="checkbox"/> Igual

17. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

18. Quais são esses problemas?

19. Há quanto tempo? (Especificar o período em meses)

20. Este problema de saúde lhe atrapalha na execução de suas atividades diárias?

<input type="checkbox"/> Sim

<input type="checkbox"/> Não

21. O(a) Sr.(a) toma remédio?

<input type="checkbox"/> Sim

<input type="checkbox"/> Não

22. Com que frequência?

23. Quais remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

24. Quem receitou essa medicação?

28. Enfrenta alguma dificuldade para obter a medicação que toma regularmente?

<input type="checkbox"/> Sim

<input type="checkbox"/> Não

29. Quais dificuldades?

<input type="checkbox"/> Dificuldade financeira

<input type="checkbox"/> Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia

<input type="checkbox"/> Falta na farmácia do PSF

<input type="checkbox"/> Dificuldade de obter a receita médica
--

<input type="checkbox"/> Outras dificuldades
--

30. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (mesmo com uso de óculos de correção) está:

<input type="checkbox"/> Ótima

<input type="checkbox"/> Boa

<input type="checkbox"/> Ruim

<input type="checkbox"/> Péssima

<input type="checkbox"/> Pessoa cega

31. O comprometimento da sua visão lhe atrapalha na realização de suas atividades diárias?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

32. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (mesmo com uso de aparelho de correção) está:

<input type="checkbox"/> Ótima
<input type="checkbox"/> Boa
<input type="checkbox"/> Ruim
<input type="checkbox"/> Péssima

33. O comprometimento de sua audição lhe atrapalha na realização de suas atividades diárias?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

34. Aconteceu com o(a) Sr.(a) de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente, seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando tosse ou espirra, ou faz força, ou durante o sono?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

35. Com que frequência isso acontece?

<input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por dia
<input type="checkbox"/> Mais de duas vezes por dia
<input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por semana
<input type="checkbox"/> Mais de duas vezes por semana
<input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes por mês
<input type="checkbox"/> Mais de duas vezes por mês

• **UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS**

36. Com que frequência utiliza os serviços de saúde?

<input type="checkbox"/> Duas vezes por ano
<input type="checkbox"/> Uma vez por ano
<input type="checkbox"/> Sempre que sinto algo diferente
<input type="checkbox"/> Só em emergências
<input type="checkbox"/> Nunca vou
<input type="checkbox"/> Mais _____ vezes por ano

37. Qual o tipo de atendimento de saúde o Sr.(a) utiliza?

<input type="checkbox"/> SUS
<input type="checkbox"/> Plano de saúde privado
<input type="checkbox"/> Consulta particular
<input type="checkbox"/> Métodos caseiros
<input type="checkbox"/> Nenhum

38. Está satisfeito com os serviços de saúde que utiliza normalmente?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

39. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando utiliza os serviços de saúde?

<input type="checkbox"/> O custo dos serviços
<input type="checkbox"/> O custo dos medicamentos prescritos
<input type="checkbox"/> Os exames clínicos que são prescritos
<input type="checkbox"/> A demora para marcação das consultas/exames
<input type="checkbox"/> O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório
<input type="checkbox"/> O tratamento oferecido pelos recepcionistas
<input type="checkbox"/> O tratamento oferecido pela equipe de saúde
<input type="checkbox"/> Outros

40. Quando foi a última vez que utilizou o serviço de saúde?

41. Por qual motivo?

42. Por qual motivo o Sr.(a) não utilizou os serviços de saúde ultimamente?

<input type="checkbox"/> Porque não precisou
<input type="checkbox"/> Dificuldade de locomoção/transporte
<input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso/demanda reprimida
<input type="checkbox"/> Dificuldade financeira para pagar
<input type="checkbox"/> Porque não tem ninguém que o(a) leve
<input type="checkbox"/> Porque tem medo de ir ao médico
<input type="checkbox"/> Outra razão

• **ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA**

43. O(a) Sr.(a), capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:

<input type="checkbox"/> Sair de casa e utilizar um transporte público
<input type="checkbox"/> Sair de casa dirigindo um automóvel
<input type="checkbox"/> Caminhar curtas distâncias
<input type="checkbox"/> Preparar sua própria refeição
<input type="checkbox"/> Alimentar-se
<input type="checkbox"/> Arrumar a casa, a sua cama
<input type="checkbox"/> Tomar banho
<input type="checkbox"/> Vestir a roupa
<input type="checkbox"/> Pentear seus cabelos
<input type="checkbox"/> Cortar as unhas dos pés
<input type="checkbox"/> Tomar os seus remédios
<input type="checkbox"/> Ir ao banheiro em tempo
<input type="checkbox"/> Deitar e levantar da cama
<input type="checkbox"/> Caminhar em superfície plana
<input type="checkbox"/> Subir e descer escadas

44. Alguém lhe auxilia nas atividades diárias quando necessário? Quem?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

Auxiliar: _____

45. Como é a sua rotina diária?

<input type="checkbox"/> Prepara o café da manhã
<input type="checkbox"/> Limpa a casa
<input type="checkbox"/> Prepara o almoço
<input type="checkbox"/> Repousa após o almoço
<input type="checkbox"/> Prepara o lanche da tarde
<input type="checkbox"/> Assiste televisão entre os intervalos de suas atividades
<input type="checkbox"/> Trabalha externo
<input type="checkbox"/> Trabalha em casa em seu negócio próprio
<input type="checkbox"/> Faz caminhadas durante 30 minutos ou mais
<input type="checkbox"/> Faz outra atividade física
<input type="checkbox"/> Utiliza a internet
<input type="checkbox"/> Ler o jornal
<input type="checkbox"/> Ler livros
<input type="checkbox"/> Outras atividades

46. Há quanto tempo frequenta o Projeto...? (Especificar o período em meses)

- **RECURSOS ECONÔMICOS**

47. Qual a sua atual fonte de renda?

<input type="checkbox"/> Trabalho remunerado
<input type="checkbox"/> Aposentadoria
<input type="checkbox"/> Pensão/ajuda do(a) esposo(a)
<input type="checkbox"/> Ajuda de parentes ou amigos
<input type="checkbox"/> Aluguel de imóveis, investimento
<input type="checkbox"/> Outras fontes

48. As pessoas que moram na sua residência trabalham?

<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não

49. Sua renda é suficiente para suas necessidades básicas?

<input type="checkbox"/> Sim e sobra
<input type="checkbox"/> Sim, mas na conta certa
<input type="checkbox"/> Não, sempre falta um pouco
<input type="checkbox"/> Não, sempre falta muito

- **NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO**

50. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

<input type="checkbox"/> Satisfeito
<input type="checkbox"/> Insatisfeito
<input type="checkbox"/> Com esperança de melhoras

51. Quais os motivos de sua insatisfação com a vida?

<input type="checkbox"/> Dificuldade financeira
<input type="checkbox"/> Carência de alimentação
<input type="checkbox"/> Problema de moradia
<input type="checkbox"/> Problema de saúde
<input type="checkbox"/> Problema de transporte
<input type="checkbox"/> Conflito nos relacionamentos pessoais
<input type="checkbox"/> Falta de lazer

<input type="checkbox"/> Carência de companhia e contato pessoal
<input type="checkbox"/> Outros problemas

52. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema que considera como sendo o mais importante do seu dia-a-dia?

<input type="checkbox"/> Problema financeiro
<input type="checkbox"/> Problema de saúde física ou mental
<input type="checkbox"/> Medo da violência
<input type="checkbox"/> Problema de moradia
<input type="checkbox"/> Problema de transporte
<input type="checkbox"/> Problemas familiares (conflitos)
<input type="checkbox"/> Problemas de isolamento (solidão)
<input type="checkbox"/> Nenhum problema
<input type="checkbox"/> Outros problemas

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO 196/96

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Título do Projeto: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM PROJETOS DE CONVIVÊNCIA E LAZER NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ.

Pesquisador Responsável: Paulo Átila da Silva Viana Fone: (85) 8828-4803

Esta pesquisa tem o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos idosos que frequentam os projetos de convivência e lazer na cidade de Fortaleza, Ceará. Os dados serão coletados através de uma entrevista utilizando um questionário padrão Questionário Brazilian Old Age Schedule (BOAS) e da Escala e Avaliação Geriátrica (EDS). Serão excluídos da pesquisa os idosos que residem e frequentam os grupos de convivência do interior do estado. Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos, não havendo prejuízo ao sujeito voluntário.

Eu, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade


Assinatura do sujeito ou responsável: _____


Nome e Assinatura do pesquisador: _____

Local e data _____/_____/_____

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE PAULISTA - UNIP - VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS QUE FREQUENTAM PROJETOS DE CONVIVÊNCIA E LAZER NA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ.	
Pesquisador: Ana Zaiz Flores Horman Teixeira de Carvalho	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 17136813.0.0000.5512	
Instituição Proponente: ASSOCIAÇÃO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO - OBJETIVO	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 25.143	
Data da Relatoria: 08/08/2013	
Apresentação do Projeto: adequada	
Objetivo da Pesquisa: adequado	
Análise dos Riscos e Benefícios: adequado	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: tema relevante	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: adequado, somente ressaltar que o orçamento será de responsabilidade do pesquisador.	
Recomendações: -	
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: projeto encontra-se metodologicamente correto e respeita princípios éticos	
Situação do Parecer: Aprovado	



ANEXO B

DIRETRIZES DA REVISTA RENE

A Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene publica trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, da saúde e ciências afins.

Formatação

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato Word for Windows, para impressão em papel A4, em espaço 1,5, margem de 2,5 cm cada um dos lados, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados a 1,5 cm.

Primeira página

Título do artigo: sintético e objetivo, apresentado seguidamente em Português, em negrito; em Inglês e Espanhol, em itálico e sem negrito; com no máximo 14 palavras, em letras maiúsculas, centralizados, letra 12, Times New Roman. Ressalte-se que a ordem dos títulos, bem como a dos resumos, deve seguir o idioma em que se encontra redigido o trabalho. Não utilizar localização geográfica da pesquisa e abreviações.

Autoria: a indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a seis e devem apresentar-se na sequência do texto, em tamanho 12, iniciais maiúsculas, separados por vírgula, com números sobrescritos. Ex.: Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso¹, Lorita Marlena Freitag Pagliuca².

Resumo: não estruturados, na seguinte ordem - português, inglês e espanhol, contendo no máximo 150 palavras nos três idiomas que expressem os pontos relevantes do texto, isto é, a introdução, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões, fornecendo visão clara e concisa do conteúdo. Deve ser redigido em espaço simples, letra 10, Times New Roman, na mesma sequência dos títulos. Não utilizar abreviações.

Descritores: em português, inglês e espanhol, separados por ponto e vírgula e com iniciais maiúsculas, exceto para preposições; devem acompanhar o resumo, abstract e resumen, respeitando-se o número de três a cinco. Utilizar os descritores referidos nos “Descritores em Ciências da Saúde” - DECS/LILACS/BIREME disponível no endereço

<http://decs.bvs.br/> e/ou MESH/ “Medical Subject Heading” - Index Medicus. Nomenclatura dos descritores: **Descritores, Descriptors e Descriptores**, letra 10, em negrito.

Notas dos autores em rodapé: devem apresentar a titulação, a instituição a que estão vinculados, cidade, Estado, País e endereço eletrônico de todos os autores. Seguidamente, informar nome e endereço completo com CEP do autor correspondente. Ex.: Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail:

Corpo do texto

Texto: Deve ser obedecida a estrutura exigida para cada categoria de manuscrito. Salienta-se que os trabalhos de cunho quantitativo e qualitativo devem apresentar os resultados separados da discussão. Os estudos qualitativo, devem apresentar as falas em itálico, sem colchetes e aspas, com ponto final após identificação do depoente, tamanho 10, e na sequência do parágrafo. Ressalta-se a não utilização de itálico na identificação do depoente. O item Conclusões/Considerações finais não deve conter citações.

Tabelas e Quadros: devem ser limitadas a cinco no conjunto. As tabelas devem ter títulos concisos, serem numeradas, consecutivamente, com algarismo arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, não utilizar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer no rodapé das tabelas e não no título ou cabeçalho. Devem apresentar-se em preto e branco, sem sombreamento e dentro do próprio texto. Formatar com a ferramenta do Word “inserir tabela”, utilizar letra 12, fonte Times New Roman. Não ultrapassar uma página.

Figuras: são assim denominadas fotografias, desenhos e gráficos; devem ter sido desenhadas ou fotografadas por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismo arábicos na ordem em que for citada no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não é permitido que o conteúdo dos gráficos seja os mesmos das tabelas. As legendas das figuras, os símbolos, os números e outros sinais necessitam ser identificados e descritos quanto ao seu significado. Caso os autores optem por utilizar ilustrações já publicadas, devem encaminhar permissão, por escrito, para reprodução das mesmas. Devem apresentar-se em preto e branco.

Abreviações e símbolos: não utilizar abreviações nos títulos e resumos do manuscrito, a não ser que sejam abreviações padronizadas. No texto, ao citar uma abreviatura, esta deve ser acompanhada em parênteses de seu significado na primeira vez em que for citada.

Notas de Rodapé: não devem ser utilizadas.

Agradecimentos: podem ser incluídas a colaboração de pessoas envolvidas, mas que não se configuram como autores, assim como, agradecimentos por apoio financeiro etc.

Referências: em relação às citações no texto, estas devem ser numeradas de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores e sem espaço entre a palavra e o parêntese. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por traço (ex: 1-6); quando intercalados, usar vírgula (ex: 2,6,10). Ressalta-se que a exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Referências

Recomendam-se citações de publicações atuais (últimos cinco anos) e, preferencialmente, de periódicos científicos;

Evitar citar referências de difícil recuperação, como teses, dissertações, monografias etc.; Não citar anais de eventos;

As Referências que se referem a artigos publicados em periódicos latino-americanos e que possuem versão em inglês **devem ser citadas na versão em inglês**;

Não incluir mais de 20 referências;

Conferir cuidadosamente as referências, pois os leitores devem conseguir consultar o material referenciado no original, por isso reitera-se: não utilizar publicações isoladas (livros, teses, anais) nem materiais de suporte (dicionários, estatística e outros);

É desejável citar artigo (s) publicado (s) pela Rev Rene.

No corpo do texto, listar os autores em ordem numérica e consecutiva, conforme são mencionados e, identificá-los pelo mesmo número, sempre que citados. O número deve vir sobrescrito entre parênteses ex: (1).

Autores: citar até seis autores, separados por vírgula, entrando pelo sobrenome, com apenas a inicial maiúscula, seguido das iniciais de prenomes e de outros sobrenomes, sem ponto ou qualquer outro elemento de ligação entre eles. Ex: Vasconcelos FF e não Vasconcelos, F. de F. Para referências com mais de seis autores, listar os seis primeiros acompanhados de et al. separando-os por vírgula.

Título: indicar em maiúscula apenas a primeira letra do título e de nomes próprios. Para periódicos, os títulos devem figurar como indexados no Index Medicus.

Páginas: suprimir dezenas ou centenas repetidas. Ex: usar de 43-8 e não 43-48. Colocação da página na citação, número do autor seguido de dois pontos e número da página. Ex: (1:15)