



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CRISTHIANO NEIVA SANTOS BARBOSA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS VIÚVAS
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**TERESINA-PI
2016**

CRISTHIANO NEIVA SANTOS BARBOSA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS VIÚVAS
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Relatório Final da Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo

**TERESINA-PI
2016**

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

B238f Barbosa, Cristhiano Neiva Santos.
Fatores associados à qualidade de vida de idosas viúvas assistidas na
atenção básica / Cristhiano Neiva Santos Barbosa. -- Teresina, 2016.
122 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.
“Orientadora: Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.”
Bibliografia

1. Idoso – Qualidade de vida. 2. Mulheres. 3. Viuvez. I. Título. II.
Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 613.043 8

CRISTHIANO NEIVA SANTOS BARBOSA

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS VIÚVAS
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29 de novembro de 2016.

Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo - Presidente
Universidade Federal do Piauí – UFPI

Profª Drª Célia Pereira Caldas – 1ª Examinadora
Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ

Profª Drª Elaine Maria Leite Rangel Andrade – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Suplente:

Profª Drª Ana Maria Ribeiro dos Santos
Universidade Federal do Piauí – UFPI

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista aos meus pais, Clementino e Conceição, por serem a matéria-prima mais nobre e rara de minha constituição, por serem a demonstração indubitável de que o amor e a vida são a essência basilar na composição do ente sagrado chamado Família; por serem meu esteio, alicerce, amparo, força motriz e, além de tudo isso, entusiastas e apoiadores irrestritos da nobilíssima causa Educação. Sem vocês, nada disso estaria se concretizando. Meu amor infinito a vocês;

Dedicatória especial também ao meu tio e padrinho Anchiêta Filho. Assim como eu venci essa batalha da vida, com fé, garra, dedicação e perseverança, o senhor também conseguirá sair vitorioso desse momento de dificuldade que o tem afligido e a todos nós da sua família. É preciso ter fé no amor e na dor, na luz e na cruz, na bonança e na tormenta. Estamos com o senhor e Deus está conosco!

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos sobem aos céus em forma de ação de graças pela exultação do meu ser em gratidão a Deus, por ser meu caminho, verdade e vida, pelo dom da minha existência, pela fé, pelo amor, pela família, pelos amigos, pela felicidade que se faz concreta após mais essa conquista, uma benção a mim permitida. Louvores e glórias sejam dados a Ti a todo momento, meu bom Deus;

À Universidade Federal do Piauí, por ser o meu recanto de conhecimento e aprendizagem desde a graduação até o tão almejado mestrado;

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo, que desde o início dessa trajetória no mestrado me recebeu com sua generosidade, agregando largo conhecimento e experiência na área de interesse da presente pesquisa, sendo a pedra de toque na forma mais nobre de tal produção. Meus sinceros e eternos agradecimentos;

Às professoras doutoras Célia Caldas, Elaine Rangel, Ana Maria e Valéria Rodrigues, por terem sido sempre tão solícitas, pelo tempo disponibilizado para apreciação do trabalho e por suas valiosas contribuições;

A todas as professoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por serem coadjuvantes importantes ao longo desse período de aprendizado;

Ao Neylon Araújo, por suas contribuições estatísticas, por ter sido tão prontamente disponível e ter colaborado a desvendar o mistério e o fascínio pela pesquisa quantitativa;

A todos os funcionários da Universidade Federal do Piauí, em especial, aos queridos Ruth Suelle e Leonardo, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem;

A cada uma das participantes dessa pesquisa, que possibilitaram a realização deste que é um grande objetivo de vida. Obrigado pela atenção, carinho, pelas conversas amigas, pelo compartilhamento de cada alegre momento, por tudo. Nada seria possível sem vocês.

À Fundação Municipal de Saúde, que autorizou prontamente a realização do estudo;

Às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde selecionadas, e em especial aos agentes comunitários de saúde, que nos acolheram, e disponibilizaram seu tempo a nos ajudar, e foram um importante elo no encontro com as idosas viúvas;

Às alunas da graduação, Mariana e Maria Rita, por terem colaborado na fase de coleta de dados e por dividir momentos de dificuldade;

À doutoranda Jaqueline Sales, uma das várias amigadas sinceras que levarei do mestrado para o resto da minha vida. Amiga Jaque, obrigado por você ser atenciosa, carinhosa, companheira e por compartilhar momentos de ansiedade, estresse, desabafos, alegrias e conhecimento. Eternamente grato a você.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, que são conquistas importantes pra mim nessa trajetória, tanto quanto esta vitória. Com vocês a concretização desse sonho ficou mais prazerosa, pelo compartilhamento de aprendizado, angústias, alegrias, reuniões sempre animadas. Muito obrigado;

À Dra. Valéria Peixoto, pelas consideráveis contribuições à dissertação;

À minha família, em especial aos meus pais, avós, irmãos, sobrinhos, tios, tias, primos e primas, por serem meus pontos de equilíbrio em minha vida;

À minha namorada Gabrielly, pelo amor, carinho, atenção e paciência;

Aos meus amigos da vida que torceram e torcem por mim, e sempre me deram apoio e força para que eu seguisse firme no meu objetivo;

A todos vocês, meu sincero e eterno agradecimento.

RESUMO

Estudo de natureza descritiva-correlacional, com delineamento transversal, tendo por objetivo analisar os fatores associados à qualidade de vida (QV) de idosas viúvas assistidas na Atenção Básica. A amostra foi de 204 participantes e os dados foram coletados nos domicílios por meio de um questionário que contemplava as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde, e pelo instrumento de qualidade de vida SF-36. Foi realizada estatística descritiva para a caracterização da amostra e procedidas associações por meio de testes não paramétricos de Mann-Witney e Kuskall-Wallis, bem como correlações por meio do coeficiente de Spearman. Adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula e o intervalo de confiança foi fixado em 95%. Como resultados, obteve-se que a média de idade foi 75,4 anos, com prevalência na faixa-etária de 71 a 80 anos; 53,7% se autodeclararam de cor parda; 70,4% eram naturais do interior; 68,1% eram católicas; moram em média há 34,5 anos naquela casa, com uma média de 3,3 pessoas, prevalecendo o arranjo trigeracional (32,8%); 79,9% declararam ser a chefe do domicílio e possuem em média 6 filhos; 35,3% eram analfabetas; a renda média das idosas ficou em 1,7 salários mínimos e as principais fontes de renda foram pensão e aposentadoria; 42,6% autoavaliaram a própria situação econômica como ruim; o serviço de saúde que mais utilizam é o SUS (77,0%) e 81,9% moram em casa própria; 74,5% referiram possuir alguma ocupação, sendo que prevaleceu a de atividades do lar (72,5%); 39,6% autoavaliaram sua memória como regular; 84,8% afirmaram ser independentes para execução de atividades diárias; 87,3% não possuem cuidador; 48% referiram um padrão de sono ruim; 32,4% eram tabagistas (média diária de 19 cigarros/dia) e 20,6% etilistas. O tempo de viuvez médio foi de 12,5 anos e 53,7% afirmaram que a vida melhorou após ficarem viúvas. As comorbidades mais prevalentes na amostra foram: hipertensão (73,5%), artrose (67,1%) e problemas de coluna (64,7%). A QV aferida pelo SF-36 obteve maiores escores nos domínios saúde mental, vitalidade, aspectos emocionais e aspectos sociais, e menores nos domínios estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos e dor. Quanto aos fatores associados à QV das idosas viúvas, observou-se associação estatisticamente significativa de todas as dimensões de QV abordadas com as seguintes variáveis: idade, naturalidade, ser chefe/responsável pelo domicílio, escolaridade, autoavaliação da situação econômica, padrão de sono autorreferido, grau de dependência para realização de atividades diárias, ter ocupação, autoavaliação da memória, memória comparada com anos atrás, existência de cuidador e tempo de viuvez. Concluiu-se que alguns dos componentes do perfil das idosas influenciaram na mensuração da QV aferida, dentre eles o próprio tempo de viuvez, e que o seu comprometimento está relacionado basicamente aos aspectos físicos. Os resultados do estudo salientam como contribuições de Enfermagem a sua aplicabilidade na assistência, no ensino e na realização de pesquisas congêneres. Faz-se necessário o desenvolvimento de investigações sobre a viuvez na sociedade e a problemática da feminização da velhice relacionada à qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Mulheres. Viuvez. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Study of a descriptive correlational nature, with a cross-sectional survey, in order to analyze factors associated with quality of life (QoL) of elderly widows assisted with primary care. The sample had a total of 204 participants and the data were collected in households through a questionnaire which included sociodemographic, economic and health variables, and the quality of life instrument SF-36. Descriptive statistics were conducted to characterize the samples and continued associations through non-parametrical Mann-Witney and Kuskall-Wallis tests, and correlations using the Spearman coefficient. It was adopted a significance level of $p \leq 0.05$ to reject the null hypothesis and the confidence interval was set at 95%. As a result, we obtained a mean age of 75.4 years, with prevalence in 71-80 years age range; 53.7% declared them as mulatto; 70.4% were from the state's countryside; 68.1% were Catholic; They live for an average of 34.5 years in their respective houses, with an average of 3.3 people, with a prevalence of three-generation families (32.8%); 79.9% reported being the head of the household and have an average of 6 children; 35.3% were illiterate; the average income of the elderly was 1.7 times the minimum wage and the main sources of income were pensions and retirement; 42.6% self-assessed their own economic situation as bad; the health service they use most is the SUS (Unified Health System) (77.0%) and 81.9% live in their own houses; 74.5% reported having some occupation, home activities prevailing (72.5%); 39.6% self-assessed their memory as regular; 84.8% said they were independent to perform daily activities; 87.3% had no caregiver; 48% reported a bad sleep pattern; 32.4% were smokers (average of 19 cigarettes/day) and 20.6% were alcoholic. The average widowhood time was 12,5 years and 53,7% affirmed that life was improved after being widowed. The most prevalent comorbidities in the sample were hypertension (73.5%), osteoarthritis (67.1%) and back problems (64.7%). QoL measured by the SF-36 had higher scores in the mental health, vitality, emotional aspects and social aspects, and had lower scores on general health, functional capacity, physical aspects, and pain. As for the factors associated with QoL of the elderly widows, there was a statistically significant association of all approached QoL dimensions with the following variables: age, place of birth, be household head/chief, education, self-assessment of the economic situation, self-reported sleep pattern, degree of dependence to perform daily activities, have an occupation, self-assessment of the memory, memory compared to years ago, the presence of a caregiver and widowhood time. It was concluded that some of the profile components of the elderly influenced the measurement of QoL assessed, including the widowhood time itself, and that its commitment is basically related to the physical aspects. The study results highlight the nursing contributions to their applicability in care, teaching and conducting similar research. The development of research about widowhood in society and the problems of elderly feminization related to the quality of life is absolutely necessary.

Keywords: Elderly. Women. Widowhood. Quality of Life.

RESUMEN

Estudio de naturaleza descriptiva correlacional, con delineación transversal, teniendo por objetivo analizar los factores asociados a la calidad de vida (CV) de ancianas viudas asistidas en la Atenção Básica. La muestra fue de 204 participantes y los datos fueron colectados en los domicilios por medio de un cuestionario que contemplaba las variables sociodemográficas, económicas y de salud, y por el instrumento de calidad de vida SF-36. Fue realizada estadística descriptiva para la caracterización de la muestra y procedidas asociaciones por medio de testes no paramétricos de Mann-Witney y Kuskall-Wallis, así como correlaciones por medio del coeficiente de Spearman. Se adoptó el nivel de significancia de $p \leq 0,05$ para rechazo de la hipótesis nula y el intervalo de confianza fue fijado en 95%. Como resultados, se obtuvo que la media de edad fue 75,4 años, con prevalencia en los grupos de mujeres con edades comprendidas entre 71 a 80 años; 53,7% se declararon de color pardo; 70,4% eran naturales del interior; 68,1% eran católicas; viven en media hace 34,5 años en aquella casa, con una media de 3,3 personas, prevaleciendo el arreglo de tres generaciones (32,8%); 79,9% declararon ser la jefa del domicilio y poseen en media 6 hijos; 35,3% eran analfabetas; la renta media de las ancianas quedó en 1,7 salarios mínimos y las principales fuentes de renta fueron pensión y jubilación; 42,6% autoevaluaron la propia situación económica como mala; el servicio de salud que más utilizan es el SUS (77,0%) y 81,9% viven en casa propia; 74,5% refirieron poseer alguna ocupación, siendo que prevaleció la de actividades del hogar (72,5%); 39,6% autoevaluaron su memoria como regular; 84,8% afirmaron ser independientes para ejecución de actividades diarias; 87,3% no poseen cuidador; 48% refirieron un patrón de sueño malo; 32,4% eran tabaquista (media diaria de 19 cigarrillos/día) y 20,6% consumían alcohol. El tiempo de viudez medio fue de 12,5 años y 53,7% afirmaron que la vida mejoró tras quedar viudas. Las comorbilidades más prevalentes en la muestra fueron: hipertensión (73,5%), artrosis (67,1%) y problemas de columna (64,7%). La CV medida por el SF-36 obtuvo mayores puntuaciones en los dominios salud mental, vitalidad, aspectos emocionales y aspectos sociales, y menores en los dominios estado general de salud, capacidad funcional, aspectos físicos y dolor. En cuanto a los factores asociados a la CV de las ancianas viudas, se observó asociaciones estadísticamente significativas de todas las dimensiones de CV abordadas con las siguientes variables: edad, naturalidad, ser jefa/responsable por el domicilio, escolaridad, autoevaluación de la situación económica, patrón de sueño autor referido, grado de dependencia para realización de actividades diarias, tener ocupación, autoevaluación de la memoria, memoria comparada con años atrás, existencia de cuidador y tiempo de viudez. Se concluyó que algunos de los componentes del perfil de las ancianas influyeron en la medición de la CV, de entre ellos el propio tiempo de viudez, y que su comprometimiento está relacionado básicamente a los aspectos físicos. Los resultados del estudio resaltan como contribuciones de Enfermería a su aplicabilidad en la asistencia, en la enseñanza y en la realización de pesquisas congéneres. Se hace necesario el desarrollo de investigaciones sobre la viudez en la sociedad y la problemática de la feminización de la vejez relacionada a la calidad de vida.

Palabras clave: Ancianas. Mujeres. Viudez. Calidad de vida.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição da população idosa viúva por DRS de Teresina e amostra selecionada em cada região de saúde. Teresina/PI, 2015	35
Quadro 2	Distribuição de UBS's por DRS de Teresina e quantitativo de UBS's selecionadas em cada região de saúde. Teresina/PI, 2015	36
Quadro 3	Distribuição da amostra de mulheres idosas viúvas por UBS, zona urbana, nas três DRS. Teresina/PI, 2015	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização sócio demográfica. Teresina/PI, 2016 (n=204)	46
Tabela 2	Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização sócioeconômica. Teresina/PI, 2016 (n=204)	48
Tabela 3	Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização do estilo de vida e das condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204)	49
Tabela 4	Distribuição das comorbidades das idosas viúvas atendidas pela ESF. Teresina/PI, 2016 (n=204)	51
Tabela 5	Estatística descritiva dos escores por domínios do questionário SF-36 das idosas viúvas atendidas pela ESF. Teresina/PI, 2016, (n=204)	51
Tabela 6	Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis sócio demográficas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204)	53
Tabela 7	Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis sócioeconômicas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204)	55
Tabela 8	Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis relacionadas ao estilo de vida e condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204)	57
Tabela 9	Correlação entre os domínios de QV e as variáveis quantitativas do estudo. Teresina/PI, 2016 (n=204)	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEVI	Centro de Referência e Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEPI	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado do Piauí
FMS	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NEPEM	Núcleo de estudos e pesquisas sobre a mulher e relações de gênero
NUPEGG	Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica
NUPEUTI	Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade
NUTI	Núcleo de Atividades para a Terceira Idade
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde
PTIA	Programa Terceira Idade em Ação
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
SASC	Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania
SEMTCAS	Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e Assistência Social
SF-36	<i>Medical Outcomes Short-Form Health Survey - 36-item</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS®	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivo Geral	17
1.2	Objetivos Específicos	17
1.3	Justificativa e Relevância do estudo	17
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	19
2.1	Contextualização do Envelhecimento Populacional	19
2.2	A viuvez e a feminização da velhice	21
2.3	A Qualidade de vida na perspectiva do envelhecimento	23
2.4	A mulher idosa no contexto das políticas públicas	25
2.5	O cuidado de Enfermagem à pessoa idosa na Atenção Básica	32
3	METODOLOGIA	34
3.1	Tipo de estudo	34
3.2	Local e período do Estudo	34
3.3	População e amostra	34
3.4	Critérios de inclusão	37
3.5	Coleta de dados	38
3.5.1	Instrumentos para coleta de dados	38
3.5.2	Procedimentos para coleta de dados	40
3.5.3	Variáveis do estudo	41
3.6	Análise dos dados	42
3.7	Aspectos éticos e legais	43
4	RESULTADOS	46
4.1	Caracterização sociodemográfica, econômica, de hábitos de vida e de condições de saúde das idosas viúvas	46
4.2	Indicadores de qualidade de vida das idosas viúvas	51
4.3	Fatores associados à qualidade de vida das idosas viúvas	52
5	DISCUSSÃO	61
5.1	Caracterização sociodemográfica, econômica, de hábitos de vida e de condições de saúde das idosas viúvas	61
5.2	Indicadores de qualidade de vida das idosas viúvas	70
5.3	Fatores associados à qualidade de vida das idosas viúvas	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	97
	ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de maior impacto no início deste novo século trata-se do envelhecimento populacional, que tem imposto mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade. Diante da realidade inquestionável da transição demográfica e epidemiológica e suas consequências, destaca-se o enfoque desta discussão no planejamento de ações programáticas de saúde pública e como interesse recorrente em pesquisas no campo da saúde e da Enfermagem. Inserida nessa perspectiva enfatiza-se a preocupação em focalizar as considerações relacionadas à idosa viúva e as implicações envolvidas na qualidade de vida (QV) desse segmento populacional.

O envelhecimento progressivo da população é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Teve início nos países desenvolvidos, onde ocorreu de forma lenta e progressiva, realidade não observada nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (UNITED NATIONS, 2012).

Nos países desenvolvidos o crescimento da população idosa ocorreu simultaneamente ao desenvolvimento social e econômico, acompanhado da implementação de estratégias institucionais de acesso aos serviços de saúde, enquanto que nas nações subdesenvolvidas o envelhecimento intensificou-se de forma súbita e desordenada, ocorrendo em meio a economias frágeis e com crescentes níveis de pobreza, com redução da capacidade assistencial dos serviços, vivenciando o embate entre o rápido envelhecimento e o desafio do progresso (VERAS, 2009).

Segundo a OMS (2015), enquanto a França demorou 115 anos para dobrar sua população de idosos, na China isto ocorrerá em apenas 27 anos. Trazendo para a realidade nacional, projeções indicam que em 2020 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com o grupo etário de maior crescimento o de 75 anos ou mais, de maneira que em 2050, estima-se que 22,7% da população brasileira terá mais de 60 anos, deixando o país como a quinta maior nação em número de idosos, com um contingente superior a 64 milhões de pessoas (FALLER *et al.*, 2010).

Em termos oficiais, segundo o censo demográfico de 2010, o Brasil possuía 20.588.891 pessoas com 60 anos ou mais até aquele ano, equivalendo a 10,8% da sua população. No Piauí, havia 331.773 idosos, correspondendo a 10,6% da

população do estado, enquanto que em Teresina existia 69.632, equivalendo a 8,5% dos teresinenses (IBGE, 2010).

No Brasil, o aumento do contingente de idosos vem ocorrendo desde o início da década de 60, quando a queda nas taxas de fecundidade, provocada pela introdução dos métodos contraceptivos; somada ao aumento da expectativa de vida e longevidade dos idosos; aos avanços tecnológicos em saúde e às melhorias nas condições de vida (entre as quais se destacam alimentação, educação, habitação, saneamento básico, acesso a vacinas e medicamentos para controle de doenças crônicas, dentre outros) provocaram uma considerável alteração na estrutura etária do país, estreitando a base e alargando progressivamente o ápice da pirâmide populacional (BRASIL, 2010).

Inserida nesta perspectiva de envelhecimento progressivo da população brasileira, a variável sexo entre os idosos mostra favorecimento às mulheres, uma vez que 55,5% da população com 60 anos ou mais equivale ao sexo feminino (11.438.702), contra 44,5% do sexo masculino (9.150.189). Em relação à população idosa de Teresina, a proporção é ainda maior, sendo 58,4% de mulheres (40.717), contra 41,6% de homens (28.915) (IBGE, 2010).

Desta forma, pode-se observar que o processo de envelhecimento apresenta grande diferenciação por gênero, existindo um número bastante expressivo de mulheres idosas, caracterizando a feminização da velhice (CAMARANO, 2011).

Essa predominância do sexo feminino entre os idosos está associada a uma série de aspectos. A literatura destaca, dentre outros fatores, que pelo fato de as mulheres serem mais frágeis no sentido de acometimento e desenvolvimento de doenças, possuem maior cuidado em relação à saúde, recorrendo de forma mais concreta aos serviços de assistência médica de prevenção, diagnóstico e tratamento, em comparação aos homens. Aliado a isso, é sabido também que as mulheres estão menos expostas à atividades de risco, bem como a óbitos por causas externas, conjunto este de fatores que favorece uma maior longevidade das mulheres, deixando-as em maior prevalência (MARREIROS *et al.*, 2012).

Este fenômeno da feminização da velhice pode ser explicado ainda pelo fato dos avanços tecnológicos terem possibilitado a redução de complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, contribuindo positivamente para a redução da mortalidade feminina, além do que com o advento da contracepção em suas mais

distintas formas, reduziu-se consideravelmente a taxa de fecundidade, incrementando anos adicionais de vida à maioria das mulheres (BOTH *et al.*, 2012).

A partir dessa perspectiva, pode-se considerar que, no enfoque conjugal, e com a proximidade da morte na iminência do ciclo vital, existem mais viúvas do que viúvos. Além da maior longevidade feminina, outro fator que contribui para o número expressivo de viúvas é a idade dos homens ser, em geral, superior à das mulheres nos casamentos. A literatura salienta também que os idosos que ficam viúvos casam-se novamente na maioria dos casos, escolha não observada pelas idosas que experimentam o processo de viuvez (SUZUKI; SILVA; FALCÃO, 2012).

Em termos demográficos, de acordo com o último censo oficial, realizado em 2010, o Brasil possuía um total de 4.533.348 idosas viúvas, correspondendo a 39,6% do total de mulheres a partir de 60 anos, o que configura o estado civil mais prevalente entre esse segmento populacional. O Piauí registrou para a mesma caracterização um quantitativo de 63.114 idosas viúvas, representando 31,5% do total de idosas do estado (IBGE, 2010).

A viuvez é um dos maiores desafios enfrentados na velhice, devido ao impacto provocado na vida de quem tem essa desconhecida e inesperada experiência, gerando uma ruptura pessoal e social expressivas, repercutindo muitas vezes em problemas de diversas naturezas, sejam eles emocionais, físicos, financeiros, espirituais, etc. Trazendo para o destaque aqui abordado, a viuvez entre as idosas vai muito mais além do que uma questão eminentemente demográfica, como a vivenciada pela maioria dos idosos, sendo sobretudo uma questão de gênero, em que a mulher se vê desafiada a exercer um papel pessoal, familiar e social diferente e complexo (DOLL, 2011).

Diante dessa contextualização do envelhecimento sob o enfoque da vivência da viuvez na trajetória de idosas, evidencia-se a importância de discutir e garantir a esse extrato populacional uma QV satisfatória, pautada em um envelhecimento ativo com a manutenção de boa condição de saúde. É conhecida, entretanto, a existência de muitas ameaças ao bem-estar dessa população, tais como, riscos de quedas, doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais destacam-se as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes mellitus e o câncer; além do abandono familiar e da depressão (PEREIRA *et al.*, 2011).

Focalizando o prisma da temática de acordo com o panorama sobre QV, é salutar a adoção de um conceito que remeta a uma definição precisa e completa, principalmente tratando-se da relação com o envelhecimento.

Assim sendo, a abordagem delimitada acerca da QV utilizada neste estudo é a da autora Minayo (2012), conceituando da seguinte forma: noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial, de tal maneira que pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar, abrangendo muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Outrossim, o envelhecimento da população como uma perspectiva real, remonta a uma preocupação a respeito do cuidado direcionado aos idosos, ainda mais considerando os fatores de risco capazes de ameaçar a sua QV. A atenção básica, por meio de suas prerrogativas e sendo a porta de entrada organizadora da rede de saúde, tem capacidade para a resolução de até 80% dos problemas de saúde da população, representando, portanto, um cenário importante dentro da comunidade, capaz de atender às demandas e necessidades que venham a ser requeridas em benefício da QV de quem convive com o processo de envelhecer (BRASIL, 2010). Daí a necessidade da realização de estudos nesse contexto de importantes repercussões sociais.

A assistência de enfermagem, que é estratégica nesse âmbito de atuação, deve pressupor a integralização da multidimensionalidade da pessoa idosa para a promoção do viver mais saudável, aliando ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, de maneira que ao trabalhar com enfoque na QV, deve ressaltar, sobretudo, a importância do desenvolvimento do autocuidado, com a finalidade de garantir um envelhecimento ativo, por meio de mudanças de hábitos e adoção de novos padrões de comportamento (RINALDI *et al.*, 2013).

Tomando por base as considerações emanadas a partir dessa compreensão, torna-se necessário produzir conhecimentos referentes à população idosa feminina que convive com a viuvez, a fim de avaliar sua problemática específica e enfrentar os desafios da pesquisa no campo do envelhecimento dentro

das peculiaridades desse segmento populacional, o que de certa maneira configura uma lacuna do conhecimento no cenário local, regional e até mesmo nacional. Nessa perspectiva, o estudo enseja responder à seguinte questão de pesquisa: que fatores podem estar influenciando a QV de idosas viúvas assistidas na Atenção Básica de Teresina (PI) ?

Assim, delimitou-se como objeto de estudo a análise dos fatores associados à QV de idosas viúvas assistidas na atenção básica da capital piauiense.

1.1 Objetivo Geral

- Analisar os fatores associados à qualidade de vida de idosas viúvas assistidas na Atenção Básica.

1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico, de hábitos de vida e de condições de saúde de idosas viúvas assistidas pela atenção básica;
- Identificar os domínios de qualidade de vida mais favorecidos e afetados das idosas viúvas;
- Verificar a associação entre as características do perfil sócio-demográfico, econômico, de hábitos de vida e de condições de saúde com os domínios de qualidade de vida aferidos.

1.3 Justificativa e Relevância do estudo

Perante o envelhecimento, o idoso vê-se confrontado com modificações que têm um grande impacto na sua vida, nomeadamente transformações que perturbam a qualidade de vida, além de alterações nas estruturas físicas, cognitivas e nas relações sociais, tornando-se relevante investir em estudos nesta área.

O interesse científico e social sobre a população idosa tem sido recorrente, principalmente devido à proporção que o número de idosos atingiu, e que segundo as previsões vai atingir. Por conseguinte, torna-se necessário pesquisar dados de caracterização desta população, nomeadamente ao nível da qualidade de vida e do

estado de viuvez, sendo este último um acontecimento iminente na vida dos idosos em situação de matrimônio e prevalente no grupo feminino.

Este tipo de investigação é importante para averiguar as condições que interferem no bem-estar das idosas que convivem com a viuvez e os determinantes da qualidade de vida dessa parcela da população. Conhecer as peculiaridades relacionadas à vida desse segmento populacional e as suas necessidades, é pertinente para subsidiar o desenvolvimento de intervenções direcionadas à promoção da saúde e ao envelhecimento ativo e saudável desse grupo de idosas que vivencia um momento de profundas transformações durante tal processo.

Ao lume de toda a compreensão, diversos aspectos justificam o atual interesse em pesquisar e aprofundar a temática, em especial, abordando a população idosa feminina viúva: a) conhecimento do impacto das transformações biopsicossociais da viuvez na qualidade de vida de idosas que vivenciam essa experiência; b) necessidade de avaliação contínua da saúde desse grupo populacional e de qualificação da atenção à saúde e ao cuidado prestado; c) pesquisas sobre a caracterização de idosas viúvas no cenário local ainda são incipientes.

Nesse contexto, faz-se necessário que os profissionais de saúde da Atenção Básica, em especial os enfermeiros, aprimorem seus conhecimentos sobre a problemática do envelhecimento feminino associada ao estado de viuvez, com o intuito de oferecer uma atenção sistemática, holística e humanizada a este grupo populacional. Além disso, à medida que estudos avançam nessa área da saúde do Idoso, os gestores públicos poderão se valer das informações disponibilizadas para elaboração de políticas específicas ao atendimento de demandas desse segmento.

Ademais, a aproximação do pesquisador com o macrotema do envelhecimento, e mais especificamente acerca da mulher idosa, deve-se à inserção no Grupo de pesquisa intitulado Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher e Relações de Gênero (NEPEM), e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

A decisão em pesquisar sobre o processo de viuvez no entorno de toda essa dialética surgiu a partir de inquietações relacionadas ao fato de ser um objeto de estudo razoavelmente pouco explorado pela comunidade científica, o que faz desafiar o aspecto desbravador de todo e qualquer pesquisador, de maneira a buscar e analisar o então desconhecido estado da arte relacionado a tal temática.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Contextualização do Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional constitui um evento muito importante e marcante na contemporaneidade, a ponto da Organização das Nações Unidas (ONU) considerar o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”. Segundo o Censo de 2010, a população de pessoas idosas é a que mais cresce no Brasil, configurando um fenômeno novo e desafiador para a sociedade, para as famílias e para os governos. A fim de se ter uma ideia da dimensão das mudanças que estão acontecendo, no início do século XX, a esperança de vida do brasileiro não passava dos 33,5 anos, chegando aos 50 na metade desse mesmo século. Em 2011 essa estimativa chegou a 74,08 anos, sendo que as mulheres estão vivendo, em média, sete anos a mais do que os homens (BRASIL, 2014a).

Nesta conjuntura, duas consequências desse processo são iminentes: contração da população e superenvelhecimento. É provável que o Censo de 2030 encontre o número máximo de brasileiros que se pode vislumbrar, cerca de 208 milhões, dos quais 20% serão idosos. A partir daí, mantidas as mesmas tendências, esse contingente começará a diminuir e o formato da pirâmide etária se inverterá. Dessa maneira, a preocupação com o "excesso" de crianças está dando lugar para o "excesso" de idosos (CAMARANO, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica cronologicamente o idoso de acordo com o desenvolvimento do país no qual ele está inserido. Em países desenvolvidos, são os indivíduos com 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, são os que possuem 60 anos ou mais (OMS, 2005). Essa diferença foi estabelecida durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População e relaciona-se com a expectativa de vida ao nascer e com a QV que as nações propiciam aos seus cidadãos (TAMAI *et al.*, 2011).

É importante ressaltar que existem basicamente quatro tipos de idade definidas na literatura. A idade cronológica mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento. A idade biológica considera as modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento. A idade social tem relação à obtenção de hábitos e *status* social

pelo indivíduo. Finalmente, a idade psicológica é a relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Apesar de ser dos menos preciso, o critério cronológico é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, até na delimitação da população de um determinado estudo, ou análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais voltados para desenho de políticas públicas e para o planejamento ou oferta de serviços (SANTOS, 2010).

Dessa forma, pode-se dizer que a associação do envelhecimento à idade cronológica aproxima-se também do conceito de longevidade, entendida como o número de anos vividos por uma pessoa ou ao número de anos que, em média, os indivíduos de uma mesma geração viverão. Também se verifica na literatura gerontológica brasileira a classificação dos idosos em idosos jovens (de 60 a 79 anos) e idosos longevos (acima de 80 anos) (SANTOS *et al.*, 2013).

Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. Mas, é desejável que se perceba, ao longo dos anos, mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por esta etapa do processo de viver (SANTOS, 2010).

Compreendendo-se tal discussão para além das definições conceituais, o envelhecimento está relacionado com a interação entre várias dimensões, que compreendem saúde física, mental, psicossocial, suporte familiar, autonomia e independência econômica. Não se trata apenas de que as pessoas idosas tenham saúde, mas que mantenham e se possível melhorem a sua QV à medida que envelhecem (TRENTINI; CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Nesta abordagem, o envelhecimento é conceituado por Medeiros *et al.* (2015) como um processo complexo, pluridimensional, revestido por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e sofre as influências da sociedade. A vida não é só biológica, é social e culturalmente construída, portanto pode-se dizer que os estágios da vida apresentam diferentes significados e duração.

Inserida nessa contextualização, encontra-se amplamente discutido o fato de que nas regiões subdesenvolvidas verifica-se o embate entre o rápido envelhecimento e o desafio do desenvolvimento, visto que tiveram menos tempo

para se adaptar às consequências desse súbito acontecimento. Esta realidade é preocupante, pois pesquisas indicam que 64% de todas as pessoas idosas vivem em locais menos desenvolvidos, um número que deverá aproximar-se de 80% até 2050, o que transforma a questão em um desafio relevante (FALLER *et al.*, 2010).

Mediante a esse cenário, um dos maiores desafios no século XXI para as nações em desenvolvimento, nelas incluídas o Brasil, será cuidar de uma grande população idosa, a maioria com condição socioeconômica e educacional baixa e com uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, o que tem exigido um maior investimento em pesquisas nessa área (UNITED NATIONS, 2012).

Dessa forma, fica evidente que o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. Todavia, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2011).

2.2 A viuvez e a feminização da velhice

Inserido nessa perspectiva acerca do envelhecer progressivo nas sociedades, é pertinente ressaltar que o envelhecimento ocorre diferentemente para homens e mulheres. No entanto, pouco se sabe como essas diferenças se manifestam. Existem particularidades de cada grupo que podem passar despercebidas nas análises rotineiras. Os estudos sobre essa abordagem apontam desafios voltados para as discussões de gênero e, sobretudo, para a compreensão das condições associadas à possibilidade de se tornar o envelhecimento como processo positivo e a velhice como etapa da vida que pode ser acrescida de saúde, bem-estar, prazer e qualidade de vida (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

A prevalência de mulheres se tornou expressiva ao longo das décadas, sendo o contingente delas mais significativo quanto mais idoso for o segmento. Em regiões menos desenvolvidas, as mulheres acima de 60 anos são proporcionalmente em maior número do que nos países desenvolvidos. No Brasil e na África do Sul, o segmento feminino corresponde a dois terços da população acima de 75 anos. Diante dessas constatações, pode-se assinalar, sem dúvida, que a velhice se feminilizou (CAMARANO, 2011).

A idade e o gênero sexual são dois dos principais fatores apontados pelos demógrafos ao estabelecerem diferenças entre membros da população idosa. Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa

proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens e estão vivendo mais do que nunca. A maior longevidade das mulheres e a tendência destas em se casar com homens mais velhos trouxe como consequência o fato de nas famílias a maioria das pessoas de idade avançada serem do sexo feminino. Devido aos ganhos de anos de vida em faixas etárias mais velhas se incrementarem mais nas mulheres do que nos homens, as mesmas estão claramente em maioria (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Nesse interim, as mulheres são mais longevas em comparação aos homens. A explicação para este fato consiste na maior expectativa de vida das mulheres, pois cuidam melhor da saúde e, geralmente, escolhem parceiros com idade superior à delas. Sendo sabida a maior longevidade feminina na perspectiva da vivência do matrimônio, somada à iminência da morte com o avançar do envelhecimento, a viuvez constitui um fenômeno que afeta principalmente mulheres idosas. Outra explicação do fenômeno de um maior número de mulheres viúvas nessa faixa etária é o fato de que os viúvos voltam, mais do que as viúvas, a se casar depois de enviudar (DOLL, 2011).

Um estudo sobre a mulher idosa que buscou mostrar a heterogeneidade da experiência do envelhecimento feminino mostrou que a viuvez era o estado conjugal predominante entre as mulheres idosas, cerca de 41%; seguidas de 39% de casadas. Por outro lado, em torno de 70% dos homens eram casados e apenas 13% viúvos. A proporção de viúvas aumenta com a idade, ao mesmo tempo em que decresce a de casadas. Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal devem-se à maior longevidade das mulheres e ao fato da prevalência da cultura de os homens casarem novamente e com mulheres mais jovens (CAMARANO, 2003).

Indo ao encontro de uma definição revestida de considerável significado para tal processo, Baldin e Fortes (2008) conceituam viuvez transcendendo a simples noção do estado de uma pessoa depois da morte do cônjuge, enfatizando corresponder a uma mudança de percepção social na trajetória de quem a vivencia, demarcando o início de uma nova fase de vida da mulher apresentada à família e sociedade por meio de um novo *status quo*: viúva.

Segundo Motta (2004), a viuvez provoca transições na vida das pessoas de diversas naturezas e as obriga a enfrentar consequências negativas advindas de longo período de luto, devido ao abalo emocional por conta da perda do

companheiro de longa vida marital, como por exemplo um profundo sentimento de tristeza, problemas de saúde, distúrbios psíquicos, diminuição dos contatos sociais, solidão, depressão; ou mesmo, a oportunidade do aumento da independência e liberdade, vista por algumas como a possibilidade de um recomeço.

Atualmente, muitas mulheres viúvas perdem os papéis de esposas e donas de casa, pois não é mais esperado que elas exerçam atividades relacionadas aos papéis anteriores. Dessa forma, surgem dificuldades devidas à sua perda de identidade e a inexistência de um papel importante que elas possam desempenhar, o que pode vir a trazer impactos de diversas naturezas para a qualidade de vida desse segmento etário. É difícil entender a falta de atenção aos problemas da mulher idosa viúva quando percebe-se que a transformação social e econômica que acompanha o envelhecimento de uma sociedade está relacionada particularmente com a mulher. A mesma sociedade que cultua o jovem e enfatiza a importância do homem faz com que se preste pouca atenção à mulher idosa (FARINASSO; LABATE, 2015).

Assim sendo, aludindo a discussão no enfoque da QV, sob a perspectiva da viuvez entre idosas, observa-se o surgimento de grandes desafios quanto à implementação de estratégias válidas de intervenção, em programas geriátricos ou políticas sociais que tenham a meta de promover o bem-estar das idosas garantindo, assim, não só uma sobrevivência maior, como também uma satisfatória qualidade de vida no transcurso do envelhecimento contextualizado no processo de viuvez (PEREIRA *et al.*, 2011).

2.3 A Qualidade de vida na perspectiva do envelhecimento

A preocupação com a QV tem se tornado crescente nas últimas décadas. Trata-se de um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medida do conceito. Ante à necessidade de uma definição do conceito e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação da QV, com base científica, vários instrumentos, questionários e/ou escalas foram sendo propostos e validados ao longo das pesquisas para aferição de tal variável em diversos grupos populacionais numa compreensão de multidimensionalidade (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para fundamentar e embasar a compreensão do termo qualidade de vida por intermédio de um construto holístico, Minayo (2012) propõem a sua definição por meio de uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e à própria estética existencial, de tal maneira que pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar, abrangendo muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Trazendo o enfoque para o envelhecimento, a QV na velhice pode ser compreendida como a manutenção da saúde em todos os aspectos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual (FREITAS, 2011).

À medida que a pessoa envelhece, sua QV se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade para manter autonomia e independência. A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de se tornarem dependentes pela doença, ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas (FERNANDES *et al.*, 2010).

Dessa maneira, a literatura refere que os fatores que mais afetam o bem-estar das pessoas idosas estão relacionados à perda da independência, decorrente das doenças crônicas ou acidentes; à falta de uma rede social de apoio, muitas vezes devido ao desamparo de familiares, amigos e vizinhos; à questão cultural, pelo desrespeito aos direitos legalmente garantidos e pela discriminação e estereótipo de sua figura como um sujeito incapaz; e às questões econômicas, que interferem na qualidade do atendimento médico, na alimentação e no acesso às atividades de lazer (ROCHA *et al.*, 2010).

Trazendo a discussão especificamente para a mulher idosa, os principais fatores que interferem em sua QV estão relacionados ao quadro de morbimortalidade para essa faixa-etária, que é em termos gerais marcado por causas de óbitos e incapacidades ligadas principalmente à doença cardíaca isquêmica, ao acidente vascular cerebral, à doença pulmonar obstrutiva crônica e ao câncer. Juntas, estas condições representam 45% dos óbitos em mulheres acima dos 60 anos de idade no mundo todo (OMS, 2011).

Além do mais, são evidenciadas inúmeras situações cotidianas vividas pelas mulheres idosas que são determinadas pelas questões de gênero e que influenciam

diretamente nas condições de saúde e na QV desse extrato populacional, sendo que não há um apoio efetivo em termos de equipamentos sociais que venham a contemplar a contento a totalidade de suas demandas e que possam contornar parte do impacto resultante dessa realidade (SILVA *et al.*, 2011).

Entender como as idosas percebem o processo de envelhecimento, relacionado à noção de qualidade de vida, permite aos enfermeiros e aos demais profissionais de saúde pensarem na implementação de ações de saúde para além do enfoque na doença. Compreender o que esses indivíduos valorizam e como vivenciam suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, remete à oportuna estratégia de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde, ao auxiliar os atuais e futuros idosos a viverem essa etapa com prazer e satisfação. Dessa maneira, não basta apenas acrescentar anos à vida, é necessário proporcionar vida aos anos adicionais de longevidade, sendo preciso que esses sejam vividos com dignidade e qualidade (PASKULIN *et al.*, 2010).

Atualmente, há um interesse crescente de profissionais de saúde e pesquisadores no estudo da QV acerca de como transformar as informações coletadas em medidas quantitativas, que possam ser usadas em ensaios clínicos e que os resultados obtidos possam ser comparados entre diversas populações. Dentro da categoria de instrumentos genéricos relacionados à saúde, que possuem como vantagem poder avaliar diferentes aspectos da situação de vida que são afetados pelas condições de saúde e/ou de doença/tratamento em qualquer segmento, destaca-se o *Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36)* (PIMENTA *et al.*, 2008).

2.4 A mulher idosa no contexto das políticas públicas

Frente ao contexto mundial que mostra a magnitude da problemática que o envelhecimento populacional pode acarretar, principalmente nos países em desenvolvimento, com a escassez de recursos e investimentos públicos específicos para o idoso que vive em condições socioeconômicas desfavoráveis, a ONU colocou em sua agenda a criação de Assembleias Mundiais que trataram especificamente dos direitos da pessoa idosa, tendo como intuito o comprometimento dos países, e

em particular dos governos, em relação à nova questão social do envelhecimento populacional.

A 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, ocorrida em Viena, no ano de 1982, foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado nessa discussão, apresentando como fruto um plano global de ação contendo uma série de recomendações para melhorar as condições de vida na velhice. Em 2002, a 2ª Assembleia Mundial da ONU sobre o idoso apresentou como orientações prioritárias a promoção da saúde e o bem-estar até a chegada da velhice, além da criação de ambientes propícios e favoráveis ao desenvolvimento dos idosos, com o objetivo de guiar a formulação e aplicação de políticas para o envelhecimento (ONU, 2003).

A partir de tais iniciativas, muitas transformações quanto a assistência à saúde do idoso passaram a ser incorporadas no planejamento de ações estratégicas e governamentais. Dessa maneira, frente ao crescente incremento demográfico desse segmento etário na população brasileira, as políticas públicas no Brasil transformaram-se em uma questão importante e prioritária para a sociedade e principalmente para os seus formuladores, que por entenderem o envelhecimento como um processo complexo e dinâmico, percebem as novas demandas dos serviços de saúde como um desafio para os governantes e para a sociedade em geral (HILLESHEIM *et al.*, 2009).

Fernandes e Soares (2012) acrescentam ainda que a formulação de dispositivos constitucionais e medidas legais de proteção ao idoso devem surgir para amenizar ou suavizar as diferenças entre as idades, além de promover a integração social das pessoas. Assim, fica evidenciada a urgência em reestruturar os programas de atenção à saúde, assistência e lazer para as pessoas idosas, bem como na revisão do arcabouço legal de amparo a todos esses direitos resguardados à pessoa idosa.

Nesse âmbito, as prerrogativas da OMS sobre envelhecimento ativo e saudável, têm na saúde um de seus pilares básicos, e as ações nesse contexto devem considerar a redução dos fatores de risco ambientais e comportamentais para doenças crônicas e declínio funcional e elevação dos fatores de proteção da população idosa (OMS, 2005).

Assim, a OMS reconhece os idosos diante da heterogeneidade dos fatores envolvidos no processo de envelhecer e de acordo com as peculiaridades e diversidades de cada pessoa. Além disso, recomenda primordialmente aumentar a

qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem, incluindo aqueles que possuem incapacidades e requerem auxílio para realização de suas atividades cotidianas (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

Diante dessas considerações incorporadas aos direitos da pessoa idosa ao patamar mundial, visando a promoção da cidadania de quem envelhece, o Brasil passou também a considerar esse agente social como detentor do direito universal à saúde ao longo de suas políticas públicas. Dessa maneira, a Constituição Federal de 1988 introduziu o conceito de seguridade social, alterando o vínculo da rede de saúde e proteção social ao idoso, que era apenas social-trabalhista e assistencialista para adquirir uma conotação de direito de cidadania e a proteção social do idoso como um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Posteriormente, a Política Nacional do Idoso (PNI) gerou condições para integração e participação efetiva do idoso na sociedade e promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa. Constituem algumas das diretrizes dessa política: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Com a finalidade de alcançar tais diretrizes, destaca-se o papel dos Ministérios da Previdência e Assistência Social, bem como o da Saúde, na garantia aos direitos de cidadania desse estrato populacional (BRASIL, 1996).

Como estratégia para o desenvolvimento e fortalecimento das ações estabelecidas pelas diretrizes da PNI foram criados, a partir da Portaria nº 702 (MS), de 12 de abril de 2002, os Centros de Referência à pessoa idosa. De acordo com a portaria, tais centros são espaços distribuídos no sistema de saúde devidamente cadastrados e que dispõem de condições técnicas e instalações físicas adequadas, equipamentos e recursos humanos específicos e capacitados para uma assistência humanizada aos idosos e tem a capacidade de se constituir como uma referência para a rede de assistência à saúde dos idosos (BRASIL, 2002).

Além da PNI, a Portaria nº 1395/GM criou a Política de Saúde do Idoso, tendo como propósitos a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou manutenção ao máximo da capacidade funcional, a fim de garantir aos idosos a permanência no meio em que vivem de forma independente (BRASIL, 1999).

Em 2003, por meio da Lei nº 10.741, foi instituído o Estatuto do Idoso, um marco na defesa dos direitos da pessoa idosa no Brasil, pois possui como objetivos

principais, assegurar facilidades e oportunidades para preservação da saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, espiritual, intelectual e social dos idosos; além de resguardar direitos assegurados e legalmente constituídos para esse segmento populacional (BRASIL, 2003).

No ano de 2006, a Portaria/GM nº 399 apresentou as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Saúde do Idoso aparece como uma das prioridades no Pacto pela Vida do Sistema Único de Saúde (SUS), como consequência da dinâmica demográfica do país (BRASIL, 2006b). Espera-se que o idoso tenha condições de usufruir das conquistas trazidas pela longevidade, garantindo padrões de qualidade de vida, que permitam a sua autonomia e funcionalidade.

No mesmo ano de 2006, por meio da Portaria nº 2.528, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Atualização da portaria nº 1395/99), cuja finalidade é manter, recuperar e promover a autonomia e a independência dos indivíduos na vivência da velhice (BRASIL, 2006a).

A PNSPI estabelece que a atenção à saúde do idoso tenha como porta de entrada a Atenção Básica / Estratégia Saúde da Família (ESF). A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde nº 2.488/11, revisou as normas e diretrizes para organização da atenção primária em saúde. Nessa perspectiva, a atenção à saúde da pessoa idosa na ESF deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/idoso/familiares e a história clínica. Espera-se oferecer ao idoso, atenção humanizada e holística, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, e às diversidades do envelhecer (BRASIL, 2012a).

Qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a sua qualidade de vida, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação. Além disso, deve incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde, baseando-se no bem-estar e no envelhecimento ativo (VERAS, 2011).

Não restam dúvidas que toda essa legislação brasileira representa uma importante conquista para as pessoas idosas. Todavia, a operacionalização de forma efetiva desses dispositivos legais pelas esferas de governo não acontece de forma a contemplar a contento as necessidades de quem envelhece em sua

integralidade. Quando se reflete esse viés pelo ponto de vista da mulher idosa, as dificuldades são ainda mais prementes, o que constitui uma lacuna significativa na eficácia legislativa de tais normatizações (LEITE; PAES, 2009).

A trajetória da mulher no Brasil, até a projeção de políticas que considerem suas especificidades, tem sido árdua e longa. Por muito tempo, sua recusa no mundo do conhecimento, da filosofia e da política se constituiu num grave entrave para o enfrentamento do quadro de exclusão e desigualdade vivenciada por significativos segmentos sociais onde essa se inclui (AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010).

Apesar da crescente participação feminina na economia e na política, as iniciativas governamentais, sejam federais, estaduais ou municipais, ainda apresentam limites na proposição de medidas que de fato beneficiem a mulher em todo seu ciclo vital. Este panorama se agrava quando à situação da mulher soma-se a do envelhecimento populacional (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), anunciado desde 1983, que também soma-se às leis e portarias anteriormente citadas na defesa dos direitos da pessoa idosa, chegou a representar um avanço, pelo menos no âmbito das políticas públicas de saúde, tendo em vista que sua filosofia compreende a mulher como sujeito integral, um ser inteiro e, em todo seu ciclo biológico. A partir do PAISM, a mulher passa a ser visualizada como sujeito de sua própria vida, que precisa ser ouvida, respeitada e atendida em suas necessidades específicas, recuperando um papel ativo, por vezes negado ou subordinado no meio social. Seu conteúdo programático contém toda uma discussão sobre problemas fundamentais de saúde vividos por este segmento populacional e propõe mudanças (LEITE; PAES, 2009).

Mas, apesar de constituir uma proposta promissora, o PAISM não vem sendo incorporado a contento pela rede assistencial pública e, em contrapartida, o quadro epidemiológico relacionado à saúde feminina na velhice se agrava, de forma que as principais causas de óbito e incapacidade entre as mulheres acima dos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento são, por ordem, a doença cardíaca isquêmica, o acidente vascular cerebral, a doença pulmonar obstrutiva crônica e o câncer (principalmente de mama, estômago e cólon) (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

Tal realidade se apresenta porque comumente estas políticas se voltam, no caso específico da mulher, ao atendimento de necessidades práticas ou restringem-

se ao atendimento de seu período gravídico-puerperal, desconsiderando, por exemplo, as diversidades, especificidades e particularidades da mulher idosa, das quais muitas convivem com o desafio iminente da viuvez (SILVA *et al.*, 2011).

Em decorrência dessa situação, grande parte da população feminina na velhice sofre os impactos do alcance que envolve uma política pública longitudinal responsável em cobrir a demanda da mulher durante todas as fases de sua vida, embora, conforme demonstram Hillesheim *et al.* (2009), toda política devesse ser um instrumento de mudança social voltado para o bem estar integral de toda a população. A análise conclusiva feita por Pereira e Siqueira (2009), salienta que as políticas da forma como estão sendo implementadas deixam a desejar, pois não prestam uma assistência específica à mulher nessa faixa-etária, esquecendo as especificidades das questões de gênero inerentes à terceira idade, centrando as atenções nas necessidades da mulher em seu ciclo reprodutivo.

Portanto, destaca-se que tanto em plano nacional quanto nas outras esferas de governo, as políticas que abordam a pessoa idosa, e em especial a mulher na terceira idade, vêm sendo executadas de forma fragmentada e pontual (PEREIRA; SIQUEIRA, 2009). No entanto, algumas iniciativas bem sucedidas vêm ocorrendo em alguns estados brasileiros, em especial no Piauí, mais especificamente em Teresina, capital do Estado.

Um dos avanços do estado do Piauí na área de proteção e segurança para a população idosa, refere-se à Lei nº 5.244, de 13 de junho de 2002, que dispõe sobre a política estadual do idoso, tendo, por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação. Para tanto, possui como órgãos funcionais relacionados a tais atividades, o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso, a Delegacia Especial do Idoso, Núcleo de Defensoria Pública do Idoso e Núcleo de Defesa do Idoso Vítima de Violência (PIAUI, 2002).

Tem-se no estado, ainda, a Lei nº 5.479, de 10 de agosto de 2005, denominada de Dra. Aglair Alencar Setubal, que altera alguns dispositivos da lei anterior, no que se refere à composição do Conselho Estadual de Direitos do Idoso, órgão colegiado, deliberativo e integrante da estrutura básica da Secretaria Estadual de Assistência Social e Cidadania (SASC), passando o mesmo a ser composto por igual número de representantes de entidades governamentais e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área. Além disso, essa lei ainda delibera

sobre as competências relacionadas às áreas de habitação, urbanismo e assistência social de amparo às necessidades da pessoa idosa, bem como cria o Fundo Estadual do Idoso (PIAUÍ, 2005).

Vale destacar que em 2007 a SASC inaugurou o Centro de Referência e Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa (CEVI), local destinado a receber denúncias contra o idoso e que funciona como órgão conciliador e de resgate dos vínculos familiares. Neste local funciona também o Disque Idoso, linha telefônica gratuita por meio da qual a população pode denunciar qualquer tipo de maus tratos e violências dirigidos à pessoa idosa (SILVA; BRANCO; GOMES, 2010).

Em Teresina esta clientela conta com a assistência domiciliar das equipes da ESF, sendo cada equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de seis a oito agentes comunitários de saúde. Em relação aos programas de saúde que a mulher idosa tem acesso e que são oferecidos na atenção básica, destacam-se: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (Programa HIPERDIA), Tuberculose, Hanseníase, Citologia Oncótica, imunização, além de palestras educativas sobre diversos assuntos relacionados à promoção da saúde (BRASIL, 2014b).

Em relação à sociabilização da mulher idosa, a Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e Assistência Social (SEMTCAS) coordena as políticas assistenciais e a gestão municipal de alguns programas e projetos relacionados, dentre os quais destaca-se o Projeto dos Centros de Convivência, localizados nas zonas centro-sul e sul, os quais são em número de sete, local onde são realizadas atividades terapêuticas, lúdicas e produtivas. Além disso, a Rede de Serviços Socioassistencial, governamental e não-governamental, conta ainda com mais de noventa grupos de idosos, formados e distribuídos em diversos locais da cidade e quatro instituições de longa permanência para idosos (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

Além de tudo isso, acrescenta-se a implantação de universidades brasileiras para as pessoas idosas, denominadas de Universidades Abertas para a Terceira Idade, representando hoje uma realidade no desenvolvimento sócio-educativo deste grupo populacional. Nessa perspectiva é que desde 1998, a Universidade Federal do Piauí foi a pioneira na criação de um Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitária para a Terceira Idade (NUPEUTI) e na implantação do Programa Terceira Idade em Ação (PTIA) (FIGUEIREDO *et al.*, 2006). Com o objetivo de ampliar o acesso para um maior número de idosos, a Universidade Estadual do

PiauÍ (UESPI) também instalou, desde 2003, o Núcleo de Atividades para a Terceira Idade (NUTI) (SILVA; BRANCO; GOMES, 2010).

Contudo, vale destacar que mesmo contando com experiências exitosas, como o NUPEUTI, o PTIA, o NUTI, os centros de convivência e os outros programas e projetos estaduais e municipais, ainda há a necessidade de criação de novas e atuais políticas voltadas ao envelhecimento, em especial para a mulher idosa, tendo em vista que o envelhecimento tornou-se um processo predominantemente feminino e que nem sempre esta parcela da população é atendida em suas especificidades, singularidades e totalidade. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados à pessoa idosa seja ampla e avançada, a prática ainda é insatisfatória (SILVA; BRANCO; GOMES, 2010).

Faz-se necessário um sopro de modernidade na resolução das questões relativas à mulher na terceira idade, integrando os diversos setores da sociedade, de modo a transcender os limites dos serviços de assistência à saúde e, sobretudo, assegurar o direito básico à saúde e cidadania (FIGUEIREDO *et al.*, 2006).

2.5 O cuidado de Enfermagem à pessoa idosa na Atenção Básica

No Brasil a Atenção Básica, referida frequentemente como atenção primária e tendo na ESF o foco de suas ações, é baseada nos conceitos de universalização do acesso, baixo custo, participação social, primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde, interssetorialidade, integração dos níveis de assistência, educação em saúde e problemas principais das comunidades, a despeito das particularidades da organização do SUS (BRASIL, 2012a).

Nesse cenário, os profissionais de saúde da família devem estar preparados para lidar com o envelhecimento rompendo com a fragmentação do processo de trabalho e estabelecer uma relação com o idoso reconhecendo a sua experiência e sabedoria (BRASIL, 2006a).

O enfermeiro, como integrante da equipe atuante na atenção primária, apresenta o desafio de redefinir sua prática assistencial, gerencial e de ensino, embasados na epidemiologia clínica e no modelo de atenção integral à saúde, e subsidia-se no planejamento com vistas à construção de práticas inovadoras e multidirecionais (COSTA; CIOSEK, 2010).

Cabe à equipe multiprofissional, incluído nesta o enfermeiro, estar atenta à mudança no perfil populacional, com aumento da população idosa, de forma que é requerida uma atenção especial à saúde do idoso, e um incentivo a participação ativa e autonomia dessa população, visando uma melhor qualidade de vida, embasado em ações de prevenção e promoção de saúde (ROCHA *et al.*, 2011).

O cuidado a pessoas idosas deve ocorrer com vistas à melhoria da sua qualidade de vida, com objetivo de manter o idoso junto a sua família, na comunidade. Deve ainda haver garantia de serviços que possibilitem acesso e acolhimento, respeitando suas limitações. O enfermeiro deve apresentar conhecimentos, habilidades para realizar um cuidado integrado às demais práticas da rede de cuidado social (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde, ao lançar o caderno de Atenção Básica número 19 que aborda o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, objetivou o treinamento dos trabalhadores que atuam na ESF, incluindo a capacitação dos enfermeiros, ao trazer instrumentos acerca da avaliação multidimensional, abrangendo: saúde física, psicológica e parâmetros sociais, com vista a identificar a independência funcional e autonomia da pessoa idosa (BRASIL, 2006b).

Assim, o profissional de saúde, em especial aquele que deseja trabalhar diretamente com a população idosa feminina, necessita compreender suas especificidades, em vários campos, do simbólico ao social, da saúde à doença, para promoção da qualidade de vida, sempre integrando os conhecimentos sobre o envelhecimento a partir das necessidades vivenciadas pela população idosa (SILVA; BRANCO; GOMES, 2010).

A Enfermagem tem papel fundamental na assistência, educação em saúde e formação de recursos humanos, por serem mecanismos utilizados para se promover saúde, nas diversas áreas de atuação, inclusive na atenção primária. Neste contexto, o profissional enfermeiro tem buscado novos horizontes e perspectivas mais humanizadas no cuidado aos idosos, grupo ainda pouco reconhecido devido aos estereótipos impostos pela sociedade (ROCHA *et al.*, 2011).

Diante do exposto, pode-se afirmar que os enfermeiros da atenção básica são profissionais que merecem destaque na atuação dos serviços considerados como porta de entrada da rede do SUS, e uma vez capacitados, poderão contribuir para a reorganização das ações de saúde, e para a concretização das propostas das políticas de saúde de atenção ao idoso (RINALDI *et al.*, 2013).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de natureza descritiva e analítica, com delineamento transversal dos dados.

3.2 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Teresina, capital do estado do Piauí, utilizando-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) das três Diretorias Regionais de Saúde (DRS). Conjuntamente essas regionais de saúde oferecem cobertura de aproximadamente 92% da população estimada, sendo cadastradas 191.938 famílias no perímetro urbano, garantindo atendimento a 720.785 indivíduos, dos quais 80.766 são pessoas com 60 anos ou mais de idade, sendo 43.495 mulheres, o que corresponde a 58,7% das pessoas nesta faixa etária, das quais 15.755 são viúvas (BRASIL, 2014b).

A cidade de Teresina está dividida em três regionais de saúde ou DRS, denominadas Leste/Sudeste, Centro/Norte e Sul. A Regional Leste/Sudeste possui 28 UBS e 85 equipes de ESF distribuídas na zona urbana do município, que garantem a cobertura de 5.751 idosas viúvas, enquanto que a DRS Sul possui 25 UBS e 76 equipes, sendo 5.111 idosas viúvas cadastradas; e a DRS Centro/Norte possui 21 UBS e 75 equipes, perfazendo um total de 4.893 idosas viúvas. Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2016.

3.3 População e Amostra

A população foi constituída por todas as idosas viúvas cadastradas e assistidas pelas equipes urbanas da Estratégia Saúde da Família das três diretorias regionais de saúde de Teresina (PI), que segundo as últimas informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), são um total de 15.755.

Destaca-se que, devido ao fato de ter havido a implantação do novo sistema de informação da atenção básica por meio da plataforma do E-SUS a partir de julho de 2014 em Teresina (PI), os dados numéricos de caracterização da população

assistida pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) ainda não tinham sido consolidados de maneira a definir-se com plena certeza a cobertura para o ano de 2015, período no qual foi desenvolvido o projeto de pesquisa do presente estudo. Por esse motivo, foram utilizadas as últimas atualizações cadastrais que se pôde ter acesso por intermédio do Sistema de Atenção Básica (SIAB) no ano de 2014 (BRASIL, 2014b).

A partir dessa população, o tamanho da amostra (n) foi estabelecido por meio de cálculo estatístico baseado no número de variáveis de interesse da pesquisa, obtido de acordo com a seguinte equação: $n = Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) / e^2$, na qual, “Z”: é o quartil da distribuição normal (para um intervalo de confiança de 95%, tem-se $Z = 1,96$); “p”: é o parâmetro; “e”: é a margem de erro considerada (5%). Em seguida aplicou-se a correção de *Cochran* para populações finitas, $n = n_0 / (1 + n_0 / N)$, na qual n_0 : é a primeira aproximação do tamanho da amostra; N : é o tamanho da população e n : amostra final, de forma que $n_0 = 1/e^2$ (ARANGO, 2009).

Portanto, a amostra fonte para o desenvolvimento do estudo foi de 204 idosas viúvas. Após o cálculo amostral e para a realização da seleção das participantes foi utilizada a técnica de amostragem estratificada proporcional, na qual a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população fonte é mantida levando-se em consideração o tamanho da amostra, o que tende a gerar resultados mais precisos e representativos (TORRES; MAGNANINI; LUIZ, 2012).

Neste estudo, a estratificação proporcional foi realizada em três etapas, sendo a primeira relacionada ao número de mulheres idosas viúvas tomando por base o cadastramento dessa população na zona urbana por DRS, conforme apresentado abaixo no quadro 1.

Quadro 1 - Distribuição da população idosa viúva por DRS de Teresina e amostra selecionada em cada região de saúde. Teresina/PI, 2015.

DRS	População de idosas viúvas	%	Amostra de idosas viúvas por DRS
Centro-Norte	4.893	31,1	63
Sul	5.111	32,4	66
Leste-Sudeste	5.751	35,5	75
TOTAL	15.755	100	204

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), BRASIL (2014b).

A segunda etapa consistiu na estratificação proporcional do número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) por cada regional de saúde a ser utilizada no estudo, conforme quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição de UBS's por DRS de Teresina e quantitativo de UBS's selecionadas em cada região de saúde. Teresina/PI, 2015.

DRS	UBS urbanas	% DE UBS	Nº de UBS selecionadas
Centro-Norte	21	28,4	6
Sul	25	33,8	8
Leste-Sudeste	28	37,8	11
TOTAL	74	100	25

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), BRASIL (2014b).

As UBS dentro de cada DRS foram sorteadas aleatoriamente, a partir da função =ALEATÓRIOENTRE no software Excel 2010, conforme a quantidade que havia sido determinada anteriormente. A partir daí, procedeu-se à terceira e última estratificação, referente ao cálculo proporcional do número de mulheres idosas viúvas a serem entrevistadas em cada Unidade Básica de Saúde sorteada por DRS, resultando na divisão apresentada no quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição da amostra de mulheres idosas viúvas por UBS, zona urbana, nas três DRS. Teresina/PI, 2015.

UBS	TOTAL DE IDOSAS VIÚVAS	%	AMOSTRA (Nº de idosas viúvas)
DRS Centro/Norte			
06 - C.S. Cidade Verde	56	9,3	6
19 - C.S. Mocambinho	169	28,2	17
13 - C.S. Poty Velho	273	45,6	27
05 - C.S. Memorare	18	3,1	3
01 - C.S. Buenos Aires	67	11,1	8
03 – C.S. Mafrense	16	2,7	2
Subtotal	599	100,0	63
DRS Sul			

14 – C.S. Bela Vista	140	11,1	8
21 – C. S. Cristo Rei	78	6,2	6
09 - C.S. Vila da Paz	254	20,2	14
05 – C. S. Vermelha	240	19,1	13
03 - C.S. Saci	265	21,1	14
10 – C. S. Três Andares	120	9,5	7
20 - C.S. km 7	10	0,2	1
07 - C.S. Monte Castelo	70	1,4	3
Subtotal	1177	100	66
DRS Leste/Sudeste			
25 - C.S. Planalto Uruguai	207	12,5	9
08 - C.S. São João	130	7,8	6
19 - C. S. Bom Samaritano	92	5,5	4
22 - C.S. Dirceu I	387	23,4	12
24 – C.S. Gurupi	81	4,9	4
21 - C.S. Parque Flamboyant	39	0,6	1
12 – C.S. Renascença	235	14,1	9
10 - C.S. Mario Roque	132	8,0	7
16 – C.S. Alto da Ressureição	278	16,8	10
07 - C. S. Piçarreira	106	6,4	5
15 - C.S. Satélite	141	11,2	8
Subtotal	1828	100	75
TOTAL	3604	100	204

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), BRASIL (2014b).

3.4 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão da amostra, as participantes deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, ser viúvas, cadastradas e assistidas pela ESF, residir na zona urbana do município de Teresina e apresentar condições cognitivas para responder aos instrumentos de pesquisa mediante aplicação do Mini Exame do Estado Mental.

3.5 Coleta dos dados

3.5.1 Instrumentos para coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado contendo os seguintes instrumentos: o primeiro corresponde a um roteiro estruturado (ANEXO A) elaborado pelos membros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG), da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), contendo os dados para a caracterização sócio-demográfica, econômica, de hábitos de vida e os problemas de saúde das idosas selecionadas para o estudo, de forma a contemplar o conhecimento de suas informações pessoais, perfil social, bem como a presença de morbidades crônicas autorreferidas. Ressalta-se que a utilização de tal instrumento para o procedimento de coleta aconteceu mediante autorização prévia do NUPEGG (ANEXO B) e justifica-se por tratar-se de um instrumento que possui validade de conteúdo e ser amplamente utilizado em pesquisas na área do envelhecimento.

O segundo é o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO C). O MEEM se caracteriza como um instrumento de avaliação geriátrica, simples, de rápida aplicação, amplamente estudado ao longo dos seus 40 anos de existência, passando por um grande número de reavaliações de sua composição e de suas características psicométricas. Este instrumento foi elaborado por Folste, Folstein e Mc Hough, em 1975, sendo um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo para avaliação de idosos do ponto de vista cognitivo, podendo ser usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos (BRUCKI *et al.*, 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006).

No Brasil o MEEM foi traduzido e validado por Bertolucci *et al.* (1994), aplicado com o objetivo de determinar o estado cognitivo dos idosos. Tais autores observaram que o escore total do MEEM dependia do grau de alfabetização dos 530 indivíduos que foram avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Propuseram então a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade de cada pessoa, de maneira que é importante atentar-se ao fato de que o Mini-Exame é fidedigno para rastreamento de déficit cognitivo e não para diagnóstico de quadros neurológicos.

O MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, com questões agrupadas em categorias, englobando as seguintes funções cognitivas com as respectivas pontuações: orientação - temporal (5 pontos) e espacial (5 pontos); memória imediata (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); memória de evocação (3 pontos); além da linguagem que inclui: nomeação (2 pontos); repetição (1 ponto); comando (3 pontos); leitura (1 ponto); frase (1 ponto) e cópia do desenho (1 ponto). Assim, as pontuações do MEEM podem variar de 0 pontos, sendo este o mínimo e que indica o maior grau de comprometimento cognitivo da pessoa idosa, até um total máximo de 30 pontos, que é a melhor capacidade cognitiva (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

Estes autores acrescentam, ainda, que os pontos de corte no MEEM para os idosos analfabetos são de 13 pontos; 18 pontos para idosos com baixa (1 a 4 anos incompletos de estudo) e média (4 a 8 anos incompletos de estudo) escolaridade; e 26 pontos para aqueles com alta escolaridade (8 anos ou mais de estudo). Salienta-se a importância das questões que influenciam na utilização desse instrumento, dentre elas a escolaridade, sobretudo pelos ajustes necessários nos escores de pontuação quando se trata de população mais idosa e analfabeta (BERTOLUCCI *et al.*, 1994). Ressalta-se que para a presente pesquisa, tal instrumento foi utilizado como ferramenta de inclusão das participantes na amostra pretendida.

O terceiro corresponde à versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey - 36-item - SF-36*) (ANEXO D). Esse instrumento foi originalmente criado na língua inglesa norte-americana por Ware e Sherbourne na década de 80 do século passado, sendo traduzido, validado e adaptado culturalmente para o Brasil por Ciconelli, mostrando-se adequado às condições socioeconômicas e culturais brasileiras (CICONELLI *et al.*, 1999).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens); aspectos físicos (4 itens); dor (2 itens); estado geral de saúde (5 itens); vitalidade (4 itens); aspectos sociais (2 itens); aspectos emocionais (3 itens); saúde mental (5 itens).

Além desses componentes, o questionário engloba mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e à de um ano atrás, que não entra na pontuação de nenhuma das oito dimensões explicitadas. Para a avaliação de seus resultados, após sua aplicação, é atribuído um valor a cada

domínio mediante o somatório das pontuações dos respectivos itens que o compõe, o qual, posteriormente, é transformado num escore de 0 a 100, de forma que os resultados mais próximos de 100 são sugestivos de melhor qualidade de vida e os mais próximos de 0 sugestivos para uma pior avaliação, sendo analisada cada dimensão em separado, para saber qual aspecto relacionado à qualidade de vida avaliado está mais ou menos comprometido e/ou afetado (CICONELLI *et al.*, 1999).

A maneira como são feitos os cálculos e ponderações do questionário SF-36, por questão e de acordo com cada domínio, segundo Ciconelli e colaboradores (1999), está apresentada no Anexo E.

A escolha em particular do SF-36 é justificada pela literatura, destacando-o como apropriado na avaliação da qualidade de vida dos idosos. Tal instrumento possui características psicométricas satisfatórias que preenchem os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Além disso, por possuir razoavelmente poucos itens e domínios, aliando bom desempenho e praticidade de uso, torna-se uma alternativa útil em estudos que se propõem a avaliar qualidade de vida no Brasil, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (PIMENTA *et al.*, 2008).

3.5.2 Procedimentos para coleta de dados

Os instrumentos e questionários utilizados no presente estudo são autoaplicáveis, porém, devido à dificuldade de leitura e ao relativo grau de analfabetismo da comunidade estudada, optou-se por entrevistas que foram realizadas pelo próprio pesquisador e uma equipe treinada sob sua supervisão, composta por um enfermeiro e dois acadêmicos de enfermagem da UFPI.

O treinamento consistiu de reuniões com os entrevistadores, com a finalidade de capacitá-los por meio da apresentação do projeto de pesquisa, com ênfase nos objetivos; e fornecimento de orientação sobre a utilização dos questionários de coleta. Durante o treinamento, os instrumentos foram discutidos de modo detalhado, bem como o procedimento das entrevistas, com destaque para a importância da uniformidade na realização do levantamento.

Ressalta-se que antes de proceder à fase de coleta, foi realizado um pré-teste utilizando-se 10% do tamanho amostral. De acordo com Torres, Magnanini e

Luiz (2012), o pré-teste se mostra importante em estudos dessa monta porque pode identificar possíveis erros no desenrolar da coleta dos dados, minorando vieses na execução dos procedimentos previstos. Assim, enfatizam tais autores, essa estratégia dá subsídios para testar e validar os métodos de pesquisa empregados, fornecendo um treinamento necessário da equipe envolvida na coleta para a sua familiarização com os formulários, questionários e instrumentos que são aplicados para colher as informações pertinentes que se tem interesse, garantindo uniformidade e padronização na execução da fase de coleta.

A coleta dos dados foi realizada na própria casa das idosas selecionadas. A escolha do domicílio se justifica pelo fato de ser o local de moradia das participantes do estudo, não sendo necessário que elas se locomovessem para outros locais que pudessem dificultar sua participação, além de possibilitar maior comodidade, conforto e segurança.

Destaca-se que para a visita até às residências das idosas viúvas selecionadas, os pesquisadores tiveram a colaboração dos diversos profissionais das UBS sorteadas para a pesquisa, auxiliando na localização dos respectivos endereços, de maneira que as visitas foram realizadas por um único entrevistador em dias e horários previamente agendados.

3.5.3 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram exploradas em duas categorias, para verificar a relação existente entre as mesmas: variáveis dependentes e independentes. As variáveis dependentes consistem nos 8 domínios do questionário SF-36 sobre qualidade de vida, os quais sejam: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Já as variáveis independentes foram trabalhadas em macrogrupos: as sóciodemográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de condições de saúde, definidas a seguir.

- Variáveis sóciodemográficas:
 - Idade: em anos completos e faixas-etárias
 - Cor da pele autodeclarada
 - Naturalidade

- Religião
- Tempo de moradia no domicílio
- Número de pessoas residentes no domicílio
- Arranjo domiciliar
- Chefe / responsável pelo domicílio
- Número de filhos vivos
- Arranjo familiar
- Variáveis socioeconômicas
 - Escolaridade: em anos completos e níveis de estudo
 - Renda, em salários mínimos completos
 - Fonte de renda
 - Autoavaliação da situação econômica
 - Comparação da situação econômica com outras pessoas que tenham a mesma idade
 - Serviço de saúde que utiliza prioritariamente
 - Características de posse da casa em que mora
- Variáveis relativas ao estilo de vida e condições de saúde
 - Tempo de viuvez, em anos completos
 - Autoavaliação do estado de viuvez
 - Desenvolvimento de atividades atualmente
 - Atividades que realiza
 - Autoavaliação da memória
 - Comparação da memória atual com a de um ano atrás
 - Grau de dependência para execução de atividades diárias
 - Possui cuidador
 - Quem é o cuidador
 - Padrão de sono autorreferido
 - Hábito tabagista
 - Hábito etilista

3.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados, inicialmente, no programa Microsoft Excel® 2013. Após a codificação de todas as variáveis, elaborou-se um banco de dados que foi

alimentado por técnica de dupla entrada. Ao término da digitação foi realizada a validação do banco de dados para a análise da consistência interna. As informações obtidas com o SF-36 e as coletadas a partir do roteiro com as informações do perfil sociodemográfico, econômico, de saúde, de hábitos de vida e de problemas de saúde, foram tratadas igualmente pelo software *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 20.0, ferramenta de tratamento de dados e análise estatística.

Para a caracterização da população (análise univariada) foi feita a análise descritiva por meio das médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas (medidas de tendência central) e valores absolutos com as respectivas proporções para as variáveis qualitativas.

As variáveis da amostra em estudo foram avaliadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a aderência do desfecho à distribuição normal, determinando os tipos de testes estatísticos a serem utilizados. Como os dados não seguiram tendência de normalidade, foram utilizados testes não paramétricos. Para a análise da correlação entre os domínios do SF-36 e as variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para a associação das médias dos escores de cada domínio do SF-36 em relação às categorias das variáveis qualitativas dicotômicas, foi utilizado o teste Mann-Whitney e para a associação das médias dos escores dos domínios com as variáveis qualitativas com três ou mais categorias, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis com post hoc de Dun.

Ressalta-se que para todas as análises aferidas, foi mantido o nível de significância de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula. O intervalo de confiança foi fixado em 95%.

3.7 Aspectos éticos e legais

No que concerne aos aspectos éticos e legais, esta pesquisa buscou atender às exigências do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito à execução de pesquisas que envolvem seres humanos, constantes na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012b).

Salienta-se que a presente dissertação integra um macroprojeto de pesquisa de coordenação e supervisão da Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, intitulado “Situação de saúde e qualidade de vida das idosas viúvas assistidas pela

Estratégia de Saúde da Família de Teresina-PI”, que foi submetido inicialmente à comissão de ética da FMS, a qual emitiu Termo de Autorização Institucional, constante no Anexo F, concedendo parecer favorável à execução do estudo junto às equipes de ESF selecionadas para a pesquisa.

Após essa etapa, o macroprojeto foi submetido à Plataforma Brasil, direcionando-o para a apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, o qual emitiu autorização Consubstanciada de Aprovação para execução da pesquisa por meio do Parecer nº 1.132.000 (vide Anexo G).

Destaca-se também que o referido macroprojeto foi contemplado com financiamento do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde (PPSUS), a partir de edital publicado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado do Piauí (FAPEPI), do governo do estado do Piauí, em parceria com o Ministério da Saúde, após ampla concorrência pública.

Ressalta-se que a participação das idosas viúvas do estudo foi voluntária, estando resguardado às mesmas o direito ao consentimento livre e esclarecido, bem como o total esclarecimento a respeito da natureza do estudo, além do direito a recusar-se ou desvincular-se da pesquisa em qualquer momento, sem que lhe tivesse sido atribuído nenhum prejuízo.

Com isso, a sua efetiva participação na pesquisa deu-se, primeiramente pela explicação dos objetivos, da metodologia, dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, além dos riscos e benefícios do estudo, quando então foi solicitada a assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Cada termo foi preenchido em duas vias de igual conteúdo, permanecendo uma cópia com o pesquisador responsável e outra com a participante da pesquisa.

Esta pesquisa não pretendeu oferecer riscos para as participantes, embora pode ter havido constrangimento no ato da entrevista, pois as participantes discorreram sobre suas vidas. Para minimizar esses riscos, as entrevistas foram realizadas nos domicílios das mulheres idosas, resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, garantindo-se o uso de tais dados para fins exclusivamente científicos (ANEXO H); bem como foi utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e as participantes do estudo.

Uma vez que aspectos da qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina (PI) foram conhecidos e discutidos a partir dessa pesquisa, foi possível oportunizar estratégias de intervenção pela equipe multiprofissional da atenção básica direcionadas para melhoria da qualidade de vida desse extrato da população, além de estimular instituições de saúde, docentes e discentes a realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado individualizado, integral e humano.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desse estudo está subdividida em três etapas. Na primeira encontram-se os dados de caracterização sociodemográfica, econômica, de estilo de vida e condições de saúde da amostra estudada (Tabelas 1, 2 e 3), além da frequência de comorbidades das participantes (Tabela 4). Na segunda, está apresentada os indicadores de QV de acordo com o instrumento SF-36 (Tabela 5). Por fim, a terceira etapa corresponde à descrição das associações existentes entre as variáveis de interesse do estudo (Tabelas 6, 7, 8 e 9).

4.1 Caracterização sociodemográfica, econômica, de hábitos de vida e de condições de saúde das idosas viúvas

Das 204 idosas viúvas do estudo, 112 (54,9%) pertenceram à faixa etária de 71 a 80 anos, sendo a idade média da amostra de 75,4 anos (DP = 6,5). Acerca da cor da pele autodeclarada, 109 (53,7%) afirmaram ser pardas e quanto à naturalidade, 143 (70,4%) informaram ser naturais do interior.

Quanto à religião, a católica foi professada por 139 (68,1%) participantes. A respeito do tempo de moradia naquele domicílio, a média de tempo referida foi de 34,5 anos (DP = 14,1). A quantidade média de pessoas residentes na casa das participantes foi de 3,3 pessoas (DP = 1,9), de maneira que 67 (32,8%) residiam em arranjos trigeracionais, ou seja, com filhos e netos. 163 (79,9%) idosas viúvas referiram ser ela própria a chefe ou responsável pelo domicílio. A média de filhos vivos, naturais e/ou adotivos, foi de 6,0 (DP = 2,6). Sobre o arranjo familiar, predominou a conformação de que as demais pessoas que ali moravam é que foram residir com a idosa viúva, perfazendo um quantitativo de 139 (68,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização sóciodemográfica. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	n (%)	X	DP	IC 95%	Min-Max
Idade		75,4	6,5	74,5 - 76,3	62 - 97
60 - 70 anos	47 (23,0)				
71 - 80 anos	112 (54,9)				
81 - 90 anos	41 (20,1)				
91 anos e mais	4 (2,0)				
Cor da pele					
Parda	109 (53,7)				
Preta	51 (24,6)				

Tabela 1 - Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização sócio-demográfica. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	n (%)	X	DP	IC 95%	(conclusão)
					Min-Max
Amarela	29 (14,3)				
Branca	14 (6,9)				
Indígena	1 (0,5)				
Naturalidade					
Interior	143 (70,4)				
Cidade	61 (29,6)				
Religião					
Católica	139 (68,1)				
Protestante / evangélica	60 (29,4)				
Espírita	5 (2,5)				
Há quantos anos mora nesta casa		34,5	14,1	32,6;36,5	1 – 60
Quantas pessoas moram na casa		3,3	1,9	3,1;3,6	1 – 12
Com quem mora (arranjo domiciliar)					
Arranjo trigeracional	67 (32,8)				
Somente com filhos	42 (20,6)				
Sozinha	33 (16,1)				
Somente com netos	25 (12,3)				
Com outros familiares	4 (2,0)				
Filhos, genros e/ou nora	3 (1,5)				
Não familiares	3 (1,5)				
Outros	27 (13,2)				
Chefe/responsável pelo domicílio					
Própria idosa	163 (79,9)				
Filho	34 (16,7)				
Outro familiar	7 (3,4)				
Filhos vivos		6,0	2,6	5,6 ; 6,4	1 ; 13
Arranjo familiar na moradia					
Outros vieram morar com a idosa	139 (68,1)				
Idosa veio morar na casa	29 (14,2)				
Outra situação	36 (17,7)				

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: X = Média; DP = Desvio padrão; IC95% = Intervalo de confiança; Min - Max= Mínima e Máxima.

A respeito da escolaridade das idosas viúvas, 72 (35,3%) referiram não ter estudado, sendo o tempo médio de estudo de 3 anos (DP = 2,9) entre as que frequentaram escola. A renda média registrada foi de 1,7 salários mínimos (SM) (DP = 0,8), sendo a pensão, referida por 141 (69,1%) idosas viúvas, seguida da aposentadoria, referida por 124 (60,8%) participantes - as principais fontes de renda declaradas.

Quanto à avaliação da própria situação econômica, 87 (42,6%) idosas afirmaram ser ruim a sua renda e quando comparada à condição financeira de outras pessoas da mesma faixa-etária, 102 (50,0%) não souberam responder.

Com relação ao tipo de serviço de saúde que utilizou prioritariamente quando necessitou de atendimento, 157 (77,0%) idosas viúvas responderam que recorreram ao SUS. Em relação à residência, 167 (81,9%) participantes afirmaram residir em casa própria e quitada (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização sócioeconômica. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	n (%)	\bar{X}	DP	IC 95%	Min-Max
Escolaridade (anos de estudo)		3,0	2,9	2,6;3,4	0;12
Sem escolaridade	72 (35,3)				
1 a 4 anos incompletos	47 (23,0)				
4 a 8 anos incompletos	60 (29,0)				
8 anos e mais	25 (12,3)				
Sabe ler e escrever					
Sim	132 (64,7)				
Não	72 (35,3)				
Renda em SM (*)		1,7	0,8	1,5;1,8	1-6
Fonte de renda (**)					
Pensão	141 (69,1)				
Aposentadoria	124 (60,8)				
Doações	28 (13,7)				
Trabalho próprio	14 (6,9)				
Aluguel	5 (2,5)				
Outras	2 (1,0)				
Autoavaliação da situação econômica					
Ruim	87 (42,6)				
Regular	59 (28,9)				
Boa	43 (21,1)				
Péssima	13 (6,4)				
Muito boa	2 (1,0)				
Comparação da situação econômica com outras pessoas da mesma idade					
Igual	50 (24,5)				
Melhor	28 (13,7)				
Pior	24 (11,8)				
Não soube responder	102 (50,0)				
Serviço de saúde que mais utiliza					
SUS	157 (77,0)				
Convênio de saúde	42 (20,6)				
Particular	5 (2,4)				
Casa em que mora					
Própria- quitada	167 (81,9)				
Paga aluguel	11 (5,4)				
Própria-paga prestação	10 (4,9)				
Cedida-sem aluguel	3 (1,4)				
Outra situação	13 (6,4)				

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: \bar{X} = Média; DP = Desvio padrão; IC95% = Intervalo de confiança; Min – Max = Mínima e Máxima; (*) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 880,00; (**) Variável com múltipla resposta.

Em relação ao tempo de viuvez, a média da amostra aferida foi de 12,5 anos (DP = 9,5), de maneira que 109 (53,7%) participantes afirmaram ter melhorado de vida após ter ficado viúva. Em relação à ocupação cotidiana, 152 (74,5%) idosas viúvas referiram realizar pelo menos uma das atividades elencadas, embora 52 (25,5%) delas tenha demonstrado sedentarismo. Dentre as que executam alguma atividade, 148 (72,5%) realizam afazeres do lar e apenas 16 (7,8%) possuem trabalho remunerado.

A respeito da autoavaliação da memória, 81 (39,6%) participantes consideraram estar regular. Diante da comparação da memória dos dias atuais com a de anos atrás, 125 (61,3%) afirmaram estar igual. Quanto ao grau de independência para a realização de atividades diárias, 173 (84,8%) afirmaram ser independente. Apenas 26 (12,7%) idosas viúvas referiram possuir cuidadores, sendo que destes, 18 (69,2%) eram os próprios filhos.

Em relação ao padrão de sono autorreferido pelas participantes, observou-se que 98 (48%) relataram ter um sono ruim. Sobre o hábito de vida de fumar, 66 (32,4%) afirmaram ser tabagista, sendo que a média diária de cigarros consumida ficou em 19,0 (DP = 7,6). Quanto ao hábito etilista, 42 (20,6%) participantes referiram beber bebidas alcólicas, prevalecendo o consumo em ocasiões especiais (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização do estilo de vida e das condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	n (%)	\bar{X}	DP	IC 95%	Min-Max
Tempo de viuvez		12,5	9,5	11,1;13,7	1 ; 56
Como ficou a vida depois de ficar viúva (autoavaliação do estado de viuvez)					
Melhorou	109 (53,7)				
Piorou	64 (31,5)				
Está a mesma coisa	31 (14,8)				
Possui alguma ocupação cotidiana					
Sim	152 (74,5)				
Não	52 (25,5)				
Ocupações cotidianas (**)					
Atividades do lar	148 (72,5)				
Trabalho voluntário	48 (23,5)				
Esporte	24 (11,8)				
Trabalho remunerado	16 (7,8)				
Dança	12 (5,9)				
Outras atividades	14 (6,9)				

Tabela 3 - Distribuição das idosas viúvas atendidas pela ESF segundo a caracterização do estilo de vida e das condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204).

(conclusão)

Variáveis	n (%)	\bar{X}	DP	IC 95%	Min-Max
Como avalia sua memória atualmente					
Regular	81 (39,6)				
Boa	79 (38,7)				
Ruim	34 (16,7)				
Excelente	4 (2,0)				
Muito boa	3 (1,5)				
Péssima	3 (1,5)				
Comparação da memória com um ano atrás					
Igual	125 (61,3)				
Pior	73 (35,2)				
Melhor	6 (2,5)				
Grau de dependência para execução de atividades diárias					
Independente	173 (84,8)				
Parcialmente dependente	30 (14,7)				
Totalmente dependente	1 (0,5)				
Tem cuidador					
Não	178 (87,3)				
Sim	26 (12,7)				
Quem é o cuidador (***)					
Filho	18 (69,2)				
Outros	7 (26,9)				
Cuidador particular	1 (3,8)				
Padrão de sono autorreferido					
Ruim	98 (48,0)				
Regular	46 (22,5)				
Bom	41 (20,1)				
Péssimo	15 (7,4)				
Muito bom	4 (2,0)				
Tabagista (nº de cigarros por dia)		19,0	7,6	17,0;20,8	10 ; 40
Não	138 (67,6)				
Sim	66 (32,4)				
Etilista					
Não	162 (79,4)				
Sim	42 (20,6)				
Frequência de consumo (**)					
Diariamente	-				
Somente aos fins de semana	10 (4,9)				
Apenas em ocasiões especiais	42 (20,6)				

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: \bar{X} = Média; DP = Desvio padrão; IC95% = Intervalo de confiança; Min – Max = Mínima e Máxima; (*) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 880,00; (**) Variável com múltipla resposta; (***) Valores referentes às idosas viúvas que possuem cuidador (n=26).

Em relação aos dados de condições ou problemas de saúde, isto é, a frequência de doenças autorreferidas pelas participantes, verificou-se que as de

maior prevalência foram, respectivamente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), afirmada por 150 (73,5%) idosas viúvas; seguida de artrose, presente em 137 (67,1%) participantes; e problemas de coluna, referida por 132 (64,7%) delas, conforme explicita a Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição das comorbidades das idosas viúvas atendidas pela ESF. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Comorbidades (*)	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	150	73,5
Artrose	137	67,1
Problemas de coluna	132	64,7
Visão prejudicada	107	52,4
Osteoporose	102	50,0
Doença gastrointestinal	75	36,7
Artrite	75	36,7
Diabetes	74	36,2
Doença cardíaca	61	29,9
Ansiedade / transtorno do pânico	41	20,1
Obesidade	37	18,1
Audição prejudicada	36	17,6
Anemia	22	10,8
Asma	22	10,8
Depressão	22	10,8
Doença neurológica	9	4,4
Derrame	7	3,4
Incontinência urinária	5	2,4
Câncer	4	1,9
Outros problemas de saúde	31	15,2

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: * Variável com Múltiplas respostas.

4.2 Indicadores de qualidade de vida das idosas viúvas

A partir dos dados apresentados na Tabela 5 a seguir, é possível visualizar que dimensões da QV relacionadas à saúde das idosas viúvas estão mais favorecidas ou comprometidas. Dessa maneira, observou-se que os domínios de QV melhores avaliados pelo SF-36 foram saúde mental, vitalidade, aspectos emocionais e aspectos sociais; e os mais prejudicados foram estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos e dor.

Tabela 5 - Estatística descritiva dos escores por domínios do questionário SF-36 das idosas viúvas atendidas pela ESF. Teresina/PI, 2016, (n=204).

SF-36	X̄	DP	IC 95%	Min-Max
Domínios				
Saúde Mental	76,9	14,3	74,9; 78,9	28 ; 100

Tabela 5 - Estatística descritiva dos escores por domínios do questionário SF-36 das idosas viúvas atendidas pela ESF. Teresina/PI, 2016, (n=204).

SF-36	X̄	DP	IC 95%	(conclusão)
				Min-Max
Vitalidade	68,8	16,8	66,5; 71,1	5 ; 100
Aspectos emocionais	67,3	44,0	61,3; 73,3	0 ; 100
Aspectos sociais	59,0	26,6	55,4; 62,7	0 ; 100
Dor	48,9	24,9	45,4; 52,4	0 ; 100
Aspectos físicos	43,8	46,4	37,3; 50,1	0 ; 100
Capacidade Funcional	42,7	25,4	39,2; 46,2	0 ; 100
Estado geral de saúde	41,5	13,9	39,6; 43,4	10 ; 87

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: X̄ = Média; DP = Desvio padrão; IC95% = intervalo de confiança; Min - Max = Mínima e máxima

4.3 Fatores associados à qualidade de vida das idosas viúvas

As Tabelas 6, 7 e 8 abaixo apresentam a associação entre as médias dos domínios do SF-36 relacionadas, respectivamente, com as variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas, do estilo de vida e das condições de saúde das participantes da pesquisa. Em seguida, a Tabela 9 mostra as correlações dos indicadores de qualidade de vida com as variáveis quantitativas do estudo.

Nas associações realizadas entre os domínios de QV (variáveis dependentes) e as variáveis qualitativas (variáveis independentes) observou-se diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) entre as médias de todos os domínios pesquisados com os grupos de categorias das seguintes variáveis: idade, naturalidade, ser chefe/responsável pelo domicílio, escolaridade, autoavaliação da situação econômica, padrão de sono autorreferido, grau de dependência para realização de atividades diárias, ter ocupação, autoavaliação da memória, memória comparada com anos atrás e existência de cuidador.

Para as demais variáveis existiram associações pontuais com alguns dos domínios, além das anteriormente referidas com o conjunto de todas as dimensões de QV, como apresentado e destacado nas Tabelas 6, 7 e 8.

A respeito das correlações entre as variáveis quantitativas e os domínios de QV, ressalta-se que idade, tempo de viuvez e anos de estudo apresentaram correlação estatisticamente significativa com todos as dimensões relacionadas. A renda mensal correlacionou-se com aspectos físicos e saúde mental, enquanto que o número de pessoas que moram na casa e o número de filhos correlacionaram-se com capacidade funcional, aspectos físicos e sociais, dor e vitalidade (Tabela 9).

Tabela 6 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis sociodemográficas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Idade **								
60 a 70	59,8 (24,3)	69,1 (43,9)	62,6 (25,4)	48,0 (12,7)	75,5 (14,4)	74,4 (25,2)	65,9 (44,7)	79,4 (15,4)
71 a 80	44,4 (21,7)	43,3 (45,8)	46,8 (22,6)	41,1 (12,3)	68,8 (16,6)	58,3 (23,9)	67,8 (42,9)	76,7 (14,7)
81 a 90	29,6 (19,2)	20,1 (36,3)	38,4 (24,6)	33,9 (14,4)	60,8 (17,5)	43,5 (25,2)	64,2 (47,9)	74,7 (11,9)
91 ou mais	22,5 (13,3)	-	54,5 (23,5)	41,5 (13,9)	68,7 (13,1)	53,1 (32,8)	100,0 (0,0)	76,0 (13,8)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	0,05
Cor da pele **								
Branca	51,4 (25,1)	60,7 (34,7)	63,0 (47,1)	46,3 (22,4)	70,3 (61,4)	73,2 (49,1)	66,6 (21,1)	77,4 (39,9)
Parda	42,2 (24,1)	44,2 (12,1)	50,1 (11,2)	42,7 (26,9)	69,8 (56,9)	60,0 (19,1)	70,3 (22,2)	78,9 (48,8)
Amarela	43,1 (22,8)	37,9 (11,1)	46,2 (29,1)	40,2 (18,8)	66,7 (26,6)	55,6 (25,5)	55,2 (17,3)	73,6 (18,9)
Indígena	41,5 (14,4)	42,0 (22,1)	44,4 (19,1)	38,1 (24,2)	66,9 (56,3)	75,0 (44,9)	68,0 (52,2)	74,0 (33,1)
Preta	50,0 (29,9)	50,0 (30,1)	41,0 (36,7)	52,0 (21,1)	75,0 (72,4)	59,2 (46,6)	33,3 (24,1)	80,0 (65,2)
p valor	0,76	0,66	0,15	0,18	0,78	0,19	0,50	0,23
Naturalidade *								
Cidade	49,9 (32,7)	62,0 (49,1)	53,8 (13,8)	46,0 (27,9)	73,5 (69,5)	66,6 (39,1)	77,2 (67,2)	80,9 (59,6)
Interior	39,8 (28,3)	36,6 (30,6)	46,9 (17,6)	39,7 (33,4)	66,8 (62,2)	55,9 (44,9)	63,6 (59,3)	75,3 (67,7)
p valor	0,01	<0,01	0,05	<0,01	<0,01	<0,01	0,04	0,01
Religião **								
Católica	41,8 (30,1)	45,1 (36,4)	48,9 (41,1)	40,8 (31,2)	68,2 (66,2)	58,9 (39,5)	64,5 (24,4)	75,9 (62,2)
Protestante / evangélica	42,8 (40,1)	37,5 (33,8)	47,3 (30,1)	42,9 (25,8)	69,2 (56,8)	57,9 (51,3)	72,7 (45,8)	78,7 (72,1)
Espírita	67,0 (59,4)	80,0 (19,6)	66,6 (37,7)	44,6 (48,8)	78,0 (70,1)	77,5 (66,3)	80,0 (45,6)	83,2 (56,3)
p valor	0,09	0,11	0,25	0,53	0,43	0,28	0,38	0,27
Com quem mora **								
Sozinha	56,9 (25,7)	59,1 (52,3)	56,7 (36,7)	43,3 (26,6)	75,1 (70,2)	67,8 (56,3)	73,7 (64,1)	78,5 (57,2)
Filhos, genros e/ou nora	60,0 (36,7)	66,6 (51,3)	48,3 (48,9)	49,6 (36,7)	83,3 (36,7)	66,6 (36,8)	44,4 (13,6)	77,3 (56,6)
Somente filhos	45,5 (30,1)	48,2 (36,7)	53,7 (45,5)	41,7 (28,4)	67,5 (11,9)	63,4 (48,9)	61,9 (44,2)	76,6 (68,4)

Tabela 6 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis sociodemográficas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204).
(conclusão)

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Arranjos trigeracionais	40,2 (31,1)	41,7 (26,5)	48,7 (30,1)	42,4 (23,3)	68,3 (64,2)	58,8 (37,7)	70,6 (45,8)	76,6 (66,6)
Somente netos	44,0 (29,1)	49,0 (41,0)	48,8 (26,3)	43,3 (20,1)	68,8 (56,0)	62,5 (45,1)	81,3 (68,6)	78,8 (55,8)
Com outros familiares	26,2 (10,4)	6,2 (2,8)	32,5 (20,1)	38,6 (15,6)	65,0 (45,8)	50,0 (26,1)	50,0 (48,8)	71,0 (65,2)
Não familiares	15,0 (5,2)	-	27,6 (16,4)	25,0 (36,7)	60,0 (45,7)	33,3 (22,9)	33,3 (45,1)	73,3 (69,3)
Outros	29,6 (28,4)	25,9 (15,5)	37,1 (27,7)	36,5 (35,7)	64,0 (61,01)	42,6 (33,8)	55,5 (29,6)	75,4 (63,3)
p valor	<0,01	0,04	0,04	0,17	0,17	<0,01	0,22	0,96
Chefe/responsável pelo domicílio **								
Própria idosa	49,2 (33,1)	51,3 (38,3)	52,8 (48,80)	43,6 (40,1)	72,2 (63,4)	64,8 (28,9)	70,1 (56,6)	78,5 (59,9)
Filho	16,1 (4,6)	11,7 (3,1)	32,4 (29,1)	31,4 (23,5)	54,8 (29,1)	37,1 (17,7)	56,8 (37,8)	70,2 (30,0)
Outro familiar	20,7 (17,0)	21,4 (16,5)	37,8 (31,5)	41,6 (36,7)	57,8 (56,8)	30,3 (16,7)	52,4 (46,3)	71,4 (56,8)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,01	<0,01
Arranjo Familiar **								
A Idosa veio morar na casa	27,6 (16,8)	25,8 (18,6)	40,7 (21,2)	38,4 (28,4)	61,0 (29,1)	48,3 (13,3)	60,9 (56,6)	73,7 (59,1)
Os Outros vieram morar com a idosa	42,2 (31,1)	42,6 (36,7)	48,3 (43,3)	41,7 (36,5)	68,6 (28,9)	58,6 (47,8)	67,4 (29,1)	77,0 (66,3)
Outra situação	43,8 (21,1)	42,3 (36,5)	48,9 (33,5)	43,0 (42,1)	67,0 (49,8)	45,7 (29,1)	61,7 (66,8)	71,7 (57,3)
p valor	0,01	0,07	0,13	0,27	0,03	0,06	0,48	0,27

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: * Teste Mann-Whitney, ** Teste Kruskal-Wallis

O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

Tabela 7 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis socioeconômicas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Escolaridade **								
Sem escolaridade	30,2 (22,5)	24,3 (38,4)	40,1 (24,70)	36,8 (15,4)	61,1 (18,4)	46,5 (26,3)	59,7 (47,7)	71,2 (15,7)
1 a 4 anos	45,6 (23,7)	41,5 (45,5)	51,2 (23,1)	44,0 (12,6)	73,2 (14,5)	60,9 (23,4)	65,2 (45,5)	12,1 (1,7)
4 a 8 anos	47,5 (24,3)	51,6 (48,2)	49,5 (21,7)	43,0 (12,4)	70,4 (14,0)	63,7 (24,4)	72,7 (39,5)	78,6 (12,8)
9 ou mais	62,0 (22,1)	85,0 (32,2)	68,1 (25,4)	46,7 (11,6)	78,6 (12,1)	80,5 (19,7)	80,0 (37,2)	84,6 (11,7)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Autoavaliação da situação econômica **								
Muito boa	40,0 (36,3)	100,0 (29,1)	73,0 (68,8)	41,0 (33,2)	47,5 (16,7)	81,2 (41,6)	50,0 (45,5)	66,0 (35,5)
Boa	49,1 (29,1)	57,5 (56,2)	55,5 (28,1)	46,0 (28,3)	72,9 (36,8)	66,3 (29,1)	79,1 (25,8)	82,0 (56,8)
Regular	47,7 (44,3)	54,6 (28,4)	55,1 (30,1)	44,8 (18,6)	73,3 (25,8)	66,7 (35,3)	72,8 (25,8)	79,2 (63,6)
Ruim	37,5 (32,2)	28,4 (36,7)	42,1 (32,9)	36,9 (29,1)	64,7 (30,1)	50,3 (48,3)	57,4 (32,3)	72,9 (29,1)
Péssima	33,8 (29,1)	42,3 (36,5)	40,9 (32,5)	43,0 (42,1)	65,0 (59,8)	55,7 (29,1)	71,7 (68,8)	75,7 (58,3)
p valor	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,03	<0,01
Comparação da situação econômica com a de outras pessoas **								
Melhor	50,8 (13,5)	67,8 (15,7)	58,4 (14,2)	43,7 (39,9)	74,4 (64,4)	71,1 (36,7)	73,8 (24,4)	82,8 (67,7)
Igual	46,2 (32,5)	39,0 (22,5)	51,1 (26,5)	44,1 (23,3)	68,3 (39,6)	59,7 (36,7)	72,0 (70,9)	78,1 (56,3)
Pior	35,2 (63,3)	25,0 (22,2)	39,7 (32,5)	39,0 (28,4)	62,5 (42,1)	47,4 (23,3)	69,4 (56,7)	70,3 (68,2)
Não soube responder	39,3 (22,2)	38,5 (42,2)	27,4 (37,7)	42,1 (32,9)	36,8 (29,1)	74,1 (30,1)	52,3 (48,3)	57,4 (33,3)
p valor	0,10	<0,01	0,03	0,37	0,05	0,05	0,93	<0,01

Tabela 7 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis socioeconômicas da amostra. Teresina/PI, 2016 (n=204).
(conclusão)

Variáveis	Domínio de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Serviço de saúde que utiliza prioritariamente								
SUS	40,9 (21,2)	39,4 (18,6)	45,9 (39,5)	40,1 (35,1)	67,3 (30,1)	56,4 (50,2)	64,7 (27,5)	74,8 (56,2)
Convênio de saúde	47,8 (18,6)	60,1 (28,4)	57,4 (25,8)	46,0 (28,4)	72,0 (23,8)	67,3 (36,5)	75,4 (56,4)	83,7 (83,1)
Particular	57,0 (32,5)	40,0 (25,0)	69,0 (28,4)	47,2 (45,2)	89,0 (81,0)	72,5 (56,3)	80,0 (49,9)	85,6 (56,3)
p valor	0,13	0,04	<0,01	0,03	0,07	0,07	0,06	0,37
Casa em que mora **								
Própria - quitada	43,5 (21,2)	44,5 (36,6)	49,6 (18,6)	42,1 (36,1)	69,4 (56,8)	60,6 (60,3)	70,1 (56,9)	77,7 (72,3)
Própria - paga prestação	33,0 (30,1)	15,0 (7,3)	63,6 (53,3)	28,2 (18,6)	59,0 (49,8)	36,2 (30,1)	50,0 (45,2)	68,0 (52,2)
Paga aluguel	35,4 (32,5)	45,5 (28,4)	50,8 (25,5)	39,3 (32,5)	62,2 (18,6)	53,4 (45,6)	57,5 (28,6)	73,8 (68,9)
Cedida sem aluguel	26,6 (23,3)	100,0 (89,5)	68,3 (25,8)	62,3 (53,1)	70,0 (25,8)	58,3 (21,1)	66,6 (21,8)	74,6 (58,4)
Outra situação	38,7 (33,1)	31,9 (18,6)	53,4 (28,4)	36,7 (33,1)	44,8 (18,6)	73,9 (25,8)	56,7 (35,3)	72,7 (23,6)
p valor	0,29	0,04	0,22	<0,01	0,16	0,04	0,44	0,19

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: * Teste Mann-Whitney, ** Teste Kruskal-Wallis

O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

Tabela 8 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis relacionadas ao estilo de vida e condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204).

(continuação)

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Tem Ocupação*								
Sim	52,0 (25,50)	55,9 (29,8)	54,8 (52,3)	44,6 (41,2)	14,7 (12,2)	22,6 (6,8)	41,7 (16,5)	13,6 (19,8)
Não	15,6 (14,5)	8,1 (5,9)	31,6 (25,6)	32,3 (17,7)	15,1 (7,6)	20,6 (7,2)	49,3 (5,6)	13,7 (10,1)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,05	<0,01
Autoavaliação da memória **								
Excelente	15,0 (18,6)	75,0 (18,6)	49,0 (39,7)	54,7 (12,8)	68,7 (21,2)	43,7 (16,6)	100,0 (90,2)	76,0 (56,8)
Muito boa	56,6 (32,5)	100,0 (76,7)	90,6 (49,8)	55,3 (21,2)	86,6 (58,8)	100,0 (49,5)	100,0 (25,5)	94,6 (56,3)
Boa	51,9 (56,8)	56,6 (32,5)	56,5 (28,4)	46,5 (12,8)	75,2 (28,4)	69,4 (30,1)	78,9 (47,3)	81,9 (32,5)
Regular	42,5 (28,4)	38,5 (26,8)	45,7 (23,3)	39,4 (25,8)	66,5 (56,3)	57,2 (23,8)	59,6 (25,8)	74,5 (21,6)
Ruim	26,0 (16,7)	21,3 (25,3)	37,5 (30,1)	33,4 (18,7)	60,1 (30,1)	40,4 (9,7)	55,8 (26,8)	71,3 (26,8)
Péssima	21,6 (19,9)	-	21,0 (6,3)	27,3 (21,2)	40,0 (8,7)	25,0 (18,6)	22,2 (18,9)	56,0 (15,5)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Memória comparada com anos atrás **								
Melhorou	29,0 (12,2)	55,0 (18,6)	49,4 (17,9)	42,6 (40,8)	58,0 (55,6)	52,5 (18,6)	73,3 (51,2)	77,6 (48,5)
Está igual	48,9 (28,4)	52,4 (32,5)	53,9 (21,2)	43,9 (32,5)	72,8 (32,5)	66,4 (26,5)	73,0 (23,5)	79,9 (35,3)
Piorou	33,8 (30,1)	29,1 (17,3)	40,7 (16,5)	37,4 (18,6)	63,1 (30,1)	47,7 (56,3)	56,0 (91,3)	71,8 (56,3)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,03	<0,01
Autoavaliação da situação de viuvez **								
Melhorou	46,7 (32,5)	42,8 (22,2)	50,8 (24,1)	43,1 (25,5)	70,8 (62,3)	62,0 (32,3)	70,9 (45,5)	77,0 (72,3)
Mesma coisa	40,5 (30,1)	55,8 (10,0)	51,6 (30,1)	43,9 (30,1)	69,6 (30,1)	61,2 (56,3)	77,7 (32,5)	78,3 (26,8)
Piorou	36,7 (20,3)	38,6 (18,6)	43,6 (18,8)	37,4 (28,7)	64,6 (26,8)	52,7 (32,5)	57,3 (25,5)	74,9 (32,5)
p valor	0,04	0,24	0,14	0,02	0,07	0,07	0,06	0,37

Tabela 8 - Associação dos escores dos domínios de QV segundo as variáveis relacionadas ao estilo de vida e condições de saúde. Teresina/PI, 2016 (n=204).

(conclusão)

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Tem cuidador*								
Sim	14,6 (3,3)	22,8 (5,8)	33,8 (14,9)	31,9 (18,6)	53,2 (46,8)	33,1 (26,8)	55,1 (46,9)	68,7 (36,7)
Não	46,8 (32,5)	49,7 (50,9)	51,1 (30,1)	42,9 (42,5)	71,0 (25,8)	62,8 (56,3)	69,1 (27,9)	78,1 (23,5)
p valor	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: * Teste Mann-Whitney, ** Teste Kruskal-Wallis

O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

Tabela 9 - Correlação entre os domínios de QV e as variáveis quantitativas do estudo. Teresina/PI, 2016 (n=204).

Variáveis	Domínios de QV							
	Capacidade Funcional	Aspectos Físicos	Dor	Estado Geral de Saúde	Vitalidade	Aspectos Sociais	Aspectos emocionais	Saúde mental
Idade								
<i>r</i>	-0,53	-0,39	-0,35	-0,34	-0,34	-0,43	0,02	-0,16
<i>p valor</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,05	0,01
Renda Mensal (em SM)								
<i>r</i>	0,08	0,18	0,08	0,10	0,10	0,10	0,09	0,13
<i>p valor</i>	0,11	<0,01	0,12	0,09	0,07	0,06	0,09	0,03
Nº de pessoas que moram na casa								
<i>r</i>	-0,24	-0,15	-0,16	-0,12	-0,12	-0,18	-0,02	-0,10
<i>p valor</i>	<0,01	0,01	0,01	0,34	0,04	<0,01	0,35	0,07
Nº de filhos próprios e/ou adotivos								
<i>r</i>	-0,25	-0,22	-0,13	-0,14	-0,17	-0,18	0,08	-0,09
<i>p valor</i>	<0,01	<0,01	0,03	0,12	<0,01	0,01	0,10	0,07
Tempo de viuvez								
<i>r</i>	-0,28	-0,19	-0,18	-0,21	-0,22	-0,24	-0,11	-0,17
<i>p valor</i>	<0,01	<0,01	0,05	<0,01	<0,01	<0,01	0,05	<0,01
Anos de estudo								
<i>r</i>	0,39	0,39	0,29	0,27	0,29	0,39	0,14	0,30
<i>p valor</i>	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,02	<0,01

Fonte: Pesquisa direta. Teresina (PI), 2016.

Legenda: *r* = coeficiente de correlação.

O *p* valor foi obtido pelo teste de Spearman. O nível de significância foi fixado em $p \leq 0,05$.

SM: Salários Mínimos. O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 880,00.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sócio-demográfica, econômica, de estilo de vida e de condições de saúde das idosas viúvas

No que diz respeito à população feminina, o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, sinaliza que a expectativa de vida das mulheres ultrapassa a dos homens, chegando, em 2009, a 77,01 anos. Isso reforça a necessidade de investir em estudos que possam melhor compreender como a longevidade feminina comporta-se para além da quantidade de anos acrescentados à mulher (IBGE, 2010).

A média de idade das idosas viúvas neste estudo foi de 75,4 anos, estando portanto, um pouco abaixo da expectativa de vida das mulheres no Brasil (IBGE, 2010). Se considerarmos que a média da expectativa no nordeste brasileiro é um pouco menor que a do país como um todo, pode-se afirmar que a média de vida das participantes do presente estudo condiz com a estatística relacionada.

Corroborando essa assertiva, estudos nacionais (COSTA e SILVA, *et al.*, 2011; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011) e internacionais (ARIAS-MERINO *et al.*, 2012; MONTEJO *et al.*, 2012) demonstram média elevada de idade para a mulher, agregando maior longevidade à sua vida.

Como resultado de uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, existe essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. Esse fenômeno é explicado pelo fato de que no Brasil as mulheres vivem em média sete anos a mais do que os homens, o que pode ser atribuído a fatores biológicos, em especial pela proteção hormonal de estrógeno, e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade; a inserção diferenciada no mercado de trabalho, o uso/abuso de tabaco e álcool, e também à diferença de atitude em relação à saúde/doença, considerando que a mulher busca mais os serviços de saúde, o que mostra maior preocupação com autocuidado (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010).

Além dessa característica demográfica do estudo, constatou-se também relacionado à idade maior concentração de participantes na faixa etária de 71 a 80 anos. Uma pesquisa realizada no Sul do Brasil fez um comparativo entre os idosos institucionalizados e da comunidade, e os dados obtidos reforçam os resultados da

presente investigação, no qual 53,8% dos idosos da comunidade tinham entre 70 e 79 anos e eram, na sua grande parte, do sexo feminino (DEL DUCA *et al.*, 2012).

Quanto à caracterização da amostra por cor ou raça autodeclarada, verificou-se predominância da cor parda, seguida pela branca e negra. Tais resultados estão em consonância com o perfil da população nordestina, em que existe predominância da população de cor parda, seguida pela branca. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2009, dos 9.658 idosos entrevistados na região Nordeste, 58,8% eram pardos, 32,0% eram brancos e 8,9% eram negros (IBGE, 2009).

O conceito de cor/raça tem sido muito utilizado em pesquisas de tal monta, para caracterizar diferenças socioeconômicas que podem influenciar nos desfechos de saúde. Ainda assim, é importante ressaltar que às vezes pode ser considerada uma variável controversa, pois devido à falta de padronização em sua definição, como também à autodeclaração do/a respondente, vai depender bastante da miscigenação de cada povo (ROSSET *et al.*, 2011).

Com relação à naturalidade, observou-se amplo predomínio de idosas oriundas do interior do Estado. Em 2010, um estudo realizado com pessoas idosas de Macambira, cidade do estado de Sergipe, mostrou que 83,3% da população estudada que morava na cidade, dentre os quais a grande maioria era de mulheres idosas, procediam da zona rural, o que está de acordo com o que foi detectado na presente pesquisa (CABRAL *et al.*, 2010).

Explicações para os resultados obtidos podem estar relacionadas à baixa escolaridade, associada às carentes condições econômicas observadas, uma vez que devido às precárias situações sociais e à ausência de oportunidades é possível presumir que tais idosas tenham migrado do interior para a cidade à procura de melhores condições de vida, assistência à saúde e usufruir de benefícios inexistentes nesses locais (TAVARES *et al.*, 2013).

No que concerne à religião, a maioria das idosas viúvas afirmaram ser católicas, resultado que acompanha os dados da população geral brasileira, na qual se verifica que a religião católica ainda é a mais professada, embora tenha havido uma redução no percentual geral de católicos (IBGE, 2012).

No tocante ao arranjo domiciliar, emergiu um cenário de conformações intergeracionais, característico da população de idosos brasileiros, de maneira que a maioria das idosas viúvas morava com filhos e netos, perfil consoante ao encontrado

em uma pesquisa realizada com mulheres idosas de João Pessoa (PB), na qual a maior parte da amostra na realidade supracitada residia com um arranjo trigeracional (DUARTE *et al.*, 2013). Em contrapartida, apenas 16,1% das participantes moravam sozinhas.

Relacionada a essa caracterização anteriormente discutida, observou-se que para a maioria das participantes consultadas, a própria idosa referiu ser o responsável ou chefe do domicílio, de maneira que o arranjo familiar na moradia mais predominante foi o de que as outras pessoas que ali residiam é que foram morar com a idosa, e não o contrário.

De acordo com a literatura, os arranjos domiciliares e familiares são fundamentais para as pessoas idosas tanto no que se refere ao compartilhamento de momentos de interação, quanto da necessidade de cuidados a esse extrato populacional (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). Porém, outros autores chamam atenção para o fato de que o arranjo trigeracional, muitas vezes, pode acarretar à idosa sobrecarga de trabalho, considerando a quantidade de pessoas residentes na casa como também a dependência financeira que essa organização intergeracional possui do componente mais velho do arranjo, fato realmente evidente quando observou-se ser a própria idosa o principal mantenedor a contribuir no orçamento familiar com seus benefícios previdenciários (PEDRAZZI *et al.*, 2010).

No que tange à escolaridade das idosas viúvas deste estudo, identificou-se maior frequência de analfabetas, o que constitui uma condição social desfavorável, já que tem influência no acesso aos serviços de saúde, em oportunidades de participação social e na compreensão de tratamentos e do seu autocuidado, entre outros (ROSSET *et al.*, 2011).

No ano de 2010, 31,4% das mulheres idosas brasileiras não possuíam escolaridade (IBGE, 2010), parâmetro que se aproxima ao elucidado na presente pesquisa a respeito. Há que ser considerado o fato de que essas idosas nasceram e cresceram num período em que a prioridade aos estudos era limitada e a dificuldade de acesso à educação era muito grande, principalmente para as mulheres, o que de certa maneira pode ter influenciado o baixo grau de instrução aferido, o que está em consonância com diversos levantamentos que apontam nenhuma ou baixa escolaridade da população idosa feminina (SANTOS; CUNHA, 2014; SILVA; BORGES, 2014).

Quanto à renda mensal das idosas viúvas do estudo, observou-se média de 1,7 salários mínimos, fixado de acordo com o valor do salário mínimo pago à época da coleta. Diversas pesquisas nas várias regiões do país com idosos em geral (TORRES *et al.*, 2009; VICENTE; SANTOS, 2013; BELEZA, 2014), bem como em estudos com a participação apenas de mulheres idosas (SOARES *et al.*, 2009; DUARTE *et al.*, 2013; SANTOS; CUNHA, 2014) estão condizentes com essa mesma situação econômica, na qual a renda varia entre apenas um e dois salários mínimos.

Referente às principais fontes de renda relatadas pelas participantes, teve destaque na presente pesquisa a pensão, seguida da aposentadoria, o que se assemelha ao apresentado na última síntese de indicadores sociais realizada em 2013, que aponta que a principal fonte do rendimento de idosos de 60 anos ou mais de idade, é a aposentadoria ou pensão (66,2%) sendo que, para o grupo de 65 anos ou mais de idade, a participação desta fonte de rendimento é ainda mais importante (74,7%) (IBGE, 2013). Corroborando essa perspectiva, pesquisas com idosas demonstraram que de fato a principal fonte de renda correspondia à aposentadoria e/ou pensão (SOUSA; SILVER, 2008; SOARES *et al.*, 2009; DUARTE *et al.*, 2013).

A desigualdade de renda é uma característica da população brasileira e não seria diferente entre as pessoas idosas. Pelo contrário, a situação desse grupo é ainda pior. No Brasil, embora 34,3% dos idosos tenham renda mensal per capita de até um salário mínimo, 12,4% sobrevivem com até meio salário mínimo, o que os faz ter carências e privações sociais importantes (ROSSET *et al.*, 2011).

Certamente por motivos relacionados a essa realidade, a maior parte da amostra investigada avaliou a sua própria situação econômica como ruim. Em um estudo realizado na zona urbana do município de Uberaba (MG), 30% das mulheres idosas estudadas possuíam condições financeiras similares à da presente pesquisa (SOARES; TAVARES; DIAS, 2010). Em Jequié (BA), estudos distintos detectaram que 70% das mulheres idosas pertenciam às classes econômicas “D e E” indicando baixo padrão socioeconômico, o que contribui para uma autoavaliação desfavorável da própria condição financeira (ROCHA *et al.*, 2010; VIRTUOSO JÚNIOR; GUERRA, 2011).

Estudo baseado na PNAD concluiu que a renda é fator determinante para más condições de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003). Por outro lado, o aumento da renda causa melhorias nas condições percebidas de saúde, reduz a necessidade de cuidados médico-hospitalares e aumenta a procura por serviços

privados de saúde, devido ao maior acesso a planos de saúde suplementar (NERI; SOARES, 2007). Nesse ponto, em decorrência do fato de a maioria da amostra referir uma renda baixa e avaliar sua situação econômica como ruim, evidenciou-se pouca utilização de planos de saúde privados, sendo o SUS a prioridade de atenção à saúde.

Com o elevado número de idosas que estão sendo incorporadas anualmente à população brasileira, deve-se considerar o aumento de atendimentos pelo SUS aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, complexas e onerosas, típicas da população idosa que perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (BALDONI; PEREIRA, 2011).

A respeito da casa onde morava, a maioria das idosas viúvas afirmou ser própria e/ou quitada o local no qual residia, o que condiz com os resultados encontrados de uma pesquisa realizada na zona urbana de Uberaba (MG), na qual por meio de um inquérito domiciliar fez-se o levantamento de características sócio-demográficas e econômicas de idosas octagenárias, e dentre os dados levantados, 60% das moradias das participantes era própria/quitada (SOARES *et al.*, 2009).

No que diz respeito à existência de ocupação, salienta-se que mais de 25% das participantes não desenvolvem nenhum tipo de atividade, representando uma alta prevalência de sedentarismo, fator que possivelmente pode provocar prejuízos à qualidade de vida de quem ainda anseia viver com satisfação os anos adicionais de vida. Pesquisas congêneres realizadas com idosos nesse mesmo contexto, nas quais houve predominância de participantes do sexo feminino, confirmam elevados índices de sedentarismo, maiores inclusive em relação aos que aqui foram apresentados (BELEZA, 2014; PEREIRA, 2014).

Em outras realidades, os resultados apontam para um aumento da prática de atividade física pelos idosos (SANTOS; GRIEP, 2013). Pesquisa realizada em outro município no interior do Piauí aponta para uma alta prevalência de atividade física dos idosos, o que vai de encontro ao resultado obtido nesta investigação. Os baixos índices de prática de atividade física outrora apresentados, geram preocupação e subsidiam futuros debates sobre quais fatores então envolvidos para esses reduzidos índices (SOUSA *et al.*, 2013).

Apesar de todos os benefícios decorrentes da prática regular de atividade física, uma grande proporção de idosos, como apresentado no presente estudo, leva

uma vida sedentária na maioria dos países. As populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são frequentemente inativas. As políticas de saúde deveriam estimular pessoas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem, e garantir oportunidades para tal (OMS, 2005).

Assim sendo, é interessante sempre questionar as pessoas idosas quanto à realização de atividades físicas, visto que a literatura aponta diversos aspectos relevantes a respeito das prováveis relações existentes entre a prática regular de atividades e a manutenção ou aquisição de bons níveis de autonomia, que vão agregar qualidade de vida ao processo de envelhecimento (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Dentre as ocupações citadas pelas idosas que desenvolvem alguma atividade, a grande parte executa atividades do lar, relacionadas ao preparo de suas próprias refeições, limpeza da própria casa e da própria roupa, além da organização dos cômodos e da residência como um todo. Em contrapartida, apenas 7,8% da amostra afirmou ainda possuir um trabalho remunerado, fato que pode estar relacionado ao motivo de que a grande maioria delas são aposentadas e/ou pensionistas.

Quanto ao grau de dependência para a execução de atividades diárias, como andar pela casa, tomar banho, escovar os dentes e vestir-se sozinha, uma grande proporção de idosas viúvas se autoavaliou independentes. Estudos nacionais com pessoas idosas que vivem na comunidade (TALMELLI, 2009), institucionalizados (MURAKAMI; SCATOLLIN, 2010) e admitidos em unidades de internação domiciliar (LOURENÇO, 2011), as quais tinham prevalência de idosas, corroboram o presente estudo ao evidenciar o baixo grau de dependência dessa parcela da população para o cuidado, demonstrando maior independência na realização de atividades do dia a dia.

Provavelmente devido a tal caracterização é que predominou na amostra estudada idosas viúvas sem a necessidade da presença de um cuidador. Dentre as que possuíam, destacou-se ser o próprio filho ou filha a assumir tal função, particularidade também observada em uma pesquisa realizada numa cidade do norte do Brasil, na qual foi realizado o levantamento do perfil de cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso (ARAÚJO *et al.*, 2013). Certamente devido aos arranjos familiares que tiveram destaque nesse estudo, com a presença da conformação intergeracional no domicílio das idosas, os filhos tiveram

representatividade significativa nessa atribuição de amparar as idosas que necessitam de cuidado.

A respeito da variável memória, evidenciou-se que a maior parte da amostra autoavaliou sua memória como regular e boa, de maneira que quando comparada há um ano atrás, a maioria das participantes afirmou estar igual. Em um dos cenários de uma pesquisa multicêntrica sobre a autoavaliação da saúde entre idosos da comunidade, ficou constatado que grande parcela dos idosos manifestaram satisfação com a sua memória (MANTOVANI, 2015).

Em relação ao padrão de sono autorreferido pelas idosas viúvas, predominou o parâmetro de caracterização ruim para essa variável. Em estudo que comparou a ocorrência de queixas de sono entre os idosos nos municípios de Campinas (SP) e Parnaíba (PI), os quais tiveram predominância do sexo feminino em ambos os cenários, significativa parcela dos sujeitos em ambas as realidades qualificaram seu sono como não reparador, ou seja, recorrem a alternativas medicamentosas para regular a qualidade do sono (SANTOS; CEOLIM; NERI, 2012).

Sabe-se que dificuldades para dormir afetam indivíduos de todas as idades. No entanto, existe um aumento no número de afetados diretamente proporcional com o aumento da idade. Comumente pessoas idosas manifestam dificuldades em obter um grau satisfatório de sono, o que destaca a importância da análise desse hábito ao avaliar globalmente a saúde do idoso (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Tratando-se do tabagismo, percebeu-se que 32,4% das participantes afirmaram que fumam, possuindo uma média de consumo diária alta, o que representa de fato uma relativa dependência desse tipo de hábito. Em um estudo realizado na cidade de Londrina (PR), em 2010, foram observados resultados condizentes aos encontrados neste estudo considerando o gênero feminino (FREITAS *et al.*, 2010).

Em contraponto, outra pesquisa realizada na cidade de São Paulo (SP), em que objetivou avaliar a qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade, constatou um percentual menor de fumantes - 11,4% - além de 40,8% de ex-fumantes (SANTOS; CUNHA, 2014). Trazendo para a realidade nordestina, um estudo proposto em Teresina (PI) sobre os hábitos de vida e o desempenho de idosos nas atividades básicas da vida diária, evidenciou uma proporção de 12,0% de tabagistas (COSTA NETO *et al.*, 2013). Na cidade de Rodeio (SC), 14,0% dos idosos eram fumantes e 29,1% eram ex-fumantes (VICENTE; SANTOS, 2013).

O tabagismo não só aumenta o risco de desenvolver doenças como também está negativamente relacionado a fatores que podem comprometer a qualidade de vida. Dentre outros malefícios comprovados à saúde, o hábito de fumar acelera a taxa de diminuição da densidade óssea, reduz a força muscular e compromete a função respiratória. Pesquisas sobre os efeitos do fumo revelaram que este não é apenas um fator de risco para uma gama de doenças, mas também que os efeitos do seu uso são cumulativos e de longa duração (OMS, 2005).

A respeito do hábito etilista, a prevalência mais frequente foi a de consumo em ocasiões especiais, o que de certa forma representa o consumo social e de forma comedida. Pesquisa que propôs a validação transcultural de um instrumento acerca do uso e abuso de álcool por idosos verificou positividade para o uso nocivo predominantemente em mulheres, comparado aos homens idosos (KANO; SANTOS; PILLON, 2014), o que faz refletir que de fato o consumo de bebidas alcóolicas pode causar prejuízos iminentes à saúde de quem consome, especialmente na de idosas.

De acordo com estudos epidemiológicos, cerca de um terço da população idosa começa a fazer uso do álcool tardiamente. Nessa perspectiva, são comuns os problemas relacionados ao abuso do álcool em indivíduos maiores de 60 anos, mas por serem pouco reconhecidos são denominados por alguns autores de “epidemia invisível” (MOREIRA; MARTINIANO FILHO, 2008). Assim, é de imprescindível importância a investigação desse hábito bem como seu impacto na qualidade de vida de quem envelhece.

No que se refere às características do estado de viuvez, evidenciou-se uma média de 12,5 anos de tempo de viuvez, de maneira que a respeito da autoavaliação da vida após tornarem-se viúvas, a maioria das participantes foram categóricas em responder que melhoraram de vida.

As pesquisas nacionais que relatam a viuvez na sociedade são limitadas e quando se propõem a fazê-la optam predominantemente por uma discussão subjetiva ou de cunho eminentemente reflexivo acerca do tema como um processo de mudanças e transformações pessoais e sociais, de forma a haver uma significativa carência de estudos que apresentem o perfil epidemiológico de indivíduos que tornam-se viúvos/as, restando informações reservadas ao inquérito sóciodemográfico do referido assunto.

Camarano (2003) salienta que a questão do estado conjugal é relevante para o estudo do perfil da mulher idosa, uma vez que a viuvez é o estado predominante

nessa população. A autora analisa que essa relação decorre principalmente devido a dois fatores: maior longevidade feminina e o recasamento mais frequentemente observado entre os homens idosos.

Os resultados apresentados acerca dessas variáveis se contrastam com dados encontrados por outros autores em pesquisas internacionais sobre essa mesma temática. Em estudo realizado em Portugal, no qual destacou-se a participação de idosas, 45% dos sujeitos admitiu que a sua vida não se alterou após passar pela experiência da perda do cônjuge (TEODÓSIO, 2013; FREITAS, 2011).

De certa maneira, é lícito inferir que o reconhecimento por parte das idosas de que a vida teria melhorado após o processo de viuvez estivesse relacionado às situações vivenciadas com o cônjuge enquanto este era vivo, época esta de suas vidas em que possivelmente foram privadas de diversas condições, o que de certa forma significava o cerceamento de sua independência, além de poderem reconhecer que a vida se resumia apenas do cuidado aos filhos e da casa, realidade que passou a ser diferente após tornarem-se viúvas.

No que concerne a essa discussão, a literatura pondera que se por um lado tal processo representa um enfrentamento de uma transição de identidade, de um novo papel pessoal e social, revestido de uma série de transformações; por outro, a viuvez denota aspectos positivos ao significar para o indivíduo autonomia e liberdade (FREITAS, 2011; TÔRRES, 2006).

Na análise das comorbidades das idosas viúvas, identificou-se problemas de saúde crônicos autorreferidos na população alvo, sendo os mais prevalentes, respectivamente, a HAS, a artrose e problemas de coluna.

Diversas pesquisas com mulheres idosas desenvolvidas em vários cenários do país corroboraram ser a HAS a doença crônica mais citada dentre os problemas de saúde elencados, seguida de problemas de coluna (SANTOS; CUNHA, 2014; SILVA; BORGES, 2014; CASAGRANDE; SILVA; CARPES, 2013; SOUSA; SILVER, 2008).

Outros estudos trazem a variável morbidade como um fator importante para avaliar a qualidade de vida. Assim, identificou-se na literatura alguns dados para a discussão do tema, como a pesquisa de Campolina, Dini e Ciconelli (2011), com o objetivo de avaliar o impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos na comunidade, e que contou com o predomínio de participantes do gênero feminino. Constatou-se que 45,3% da amostra possuía pelo menos uma morbidade e a HAS

estava presente em 40,8%. Concluíram que o aumento do número de morbidades e da idade influenciam em vários domínios da qualidade de vida, em especial a capacidade funcional, sendo esta influenciada diretamente pela idade.

As polimorbidades e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, em especial a hipertensão arterial entre os idosos, denotam a necessidade dos serviços de saúde reorientarem o modelo de atenção hegemonicamente centrado no atendimento de doenças agudas. Ademais, os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem estar aptos para identificar esse quadro e auxiliar o idoso e seus familiares no enfrentamento dos desafios advindos das morbidades crônicas, ao enfatizar o autocuidado, a manutenção da autonomia e a inserção social (TAVARES *et al.*, 2013).

5.2 Indicadores de qualidade de vida das idosas viúvas

Avaliar a qualidade de vida é algo que se tornou importante nas últimas décadas. Tradicionalmente, a medida de QV teve início em outras áreas do conhecimento, sendo depois incorporada à saúde, denominando-se qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), devido à necessidade de transformar a medida, antes subjetiva, em quantitativa, e que a mesma pudesse ser usada em pesquisas, levantamentos e inquéritos. Existem vários instrumentos internacionalmente validados para essa aferição e a presente discussão se valerá da análise comparativa entre as várias dimensões exploradas nesses questionários.

O presente estudo revelou que as menores médias encontradas na aferição da QV das idosas viúvas, por meio do SF-36, foram relativas ao Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor; enquanto que as dimensões que obtiveram maiores médias foram as de Saúde Mental, Vitalidade, Aspectos Emocionais e Aspectos Sociais.

Tais resultados condizem com algumas pesquisas concernentes ao tema, como também divergem de outras em que certamente cada realidade guarda diferenças peculiares que interferem no processo de autoavaliação da QV. Assim sendo, dentre os domínios do SF-36, o de Estado Geral de Saúde foi o que contribuiu desfavoravelmente com menor média, achados similares aos de Freitas *et al.* (2015), que avaliaram um grupo de idosas participantes de um programa de hidroginástica no Rio de Janeiro.

Já em outro estudo que avaliou a qualidade de vida e a incidência de depressão em idosas participantes de grupos de terceira idade, a dimensão mais prejudicada referida foi a dor, domínio que também na presente pesquisa obteve médias baixas nos escores de QV (CASAGRANDE; SILVA; CARPES, 2013).

Ademais, trazendo para uma comparação a nível internacional, as dimensões da QV mais afetadas das idosas viúvas do presente estudo assemelham-se às encontradas em investigação realizada com uma amostra composta por 1.008 idosos estadunidenses de ascendência mexicana de 74 anos ou mais, que em sua maioria eram do sexo feminino. O referido estudo, que também utilizou o SF-36 como instrumento de avaliação de QV, concluiu que os idosos da amostra obtiveram menores médias na capacidade funcional, limitações por aspectos físicos e estado geral de saúde (MASEL *et al.*, 2009).

A literatura salienta que valores baixos na dimensão estado geral da saúde, indica que a pessoa avalia a sua saúde como má e acredita que ela provavelmente vai piorar; escores reduzidos na dimensão referente aos aspectos físicos significa que a pessoa não realiza todos os tipos de atividade física, incluindo as mais exigentes, possuindo limitações por motivos de saúde; valores baixos no domínio capacidade funcional direcionam ao fato de o indivíduo não conseguir desenvolver plenamente as atividades básicas, avançadas e instrumentais de vida diária; e a dor está relacionada a sintomas que são precursores do declínio da saúde e funções corporais (FREITAS *et al.*, 2015; LENARDT *et al.*, 2014).

Em contraponto aos resultados até aqui expostos, observa-se que no estudo de Brunoni *et al.* (2015), o domínio de QV mais prejudicado em um grupo de idosas aferida antes da realização de um treinamento de atividade física foi a vitalidade, domínio este que na presente pesquisa obteve escores mais elevados.

A dimensão de QV que contribuiu positivamente com maior média no presente estudo foi a de Saúde Mental, aspecto este que se relaciona intimamente ao domínio psicológico de outros instrumentos de avaliação da QV, como por exemplo o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life - bref). Em levantamento realizado na cidade de Franca (SP), acerca da contribuição de um programa da terceira idade para a promoção da saúde, constatou-se que o domínio que obteve maior média de QV foi o psicológico (COELHO, 2012). Em uma pesquisa internacional realizada com idosos de Jacarta, Indonésia, na qual predominou

participantes do sexo feminino, evidenciou-se melhor QV relacionada a essa mesma dimensão (KUSUMARATNA, 2008).

Um tema de destacada importância dentre uma série de características na velhice é o conceito de bem-estar mental ou psicológico. Diversos autores têm descrito como esses fenômenos estão intimamente implicados na determinação de uma melhor QV na população idosa. E, dentre as linhas de investigação já conduzidas, sobressaem-se a satisfação, o senso de controle, a autoeficácia, os mecanismos de autorregulação e a capacidade de lidar com o estresse (*coping*), como estratégias capazes de agregarem saldo positivo à QV (CHACHAMOVICH; TRENTINI; FLECK, 2011).

Ao pensar em saúde e, conseqüentemente, em QV, os idosos conseguem ultrapassar o sentido de ausência de doença. Dessa maneira, mesmo com suas limitações socioculturais e de instrução, o bem-estar mental, com destaque para a espiritualidade e religiosidade, mostra-se como fator bastante influente no enfrentamento dos vários sofrimentos e dificuldades da vida (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013).

Indo de encontro aos achados da presente pesquisa, em estudo realizado na cidade de Jequié (BA) com mulheres idosas participantes de um grupo de convivência, o domínio melhor avaliado foi o de aspectos sociais, de maneira que os autores destacaram que o fato de não possuir vida conjugal associou-se com uma melhor percepção do referido domínio. A predominância e aferição dos domínios divergem relativamente nos estudos realizados, sendo que a subjetividade do conceito de qualidade de vida e a diferença na estrutura das regiões investigadas podem influenciar sobremaneira tais resultados (ROCHA *et al.*, 2010).

Ainda assim, a literatura enfatiza que de maneira geral as mulheres idosas, em sua maioria, apresentam menores escores de QV, já que envolvem-se geralmente com serviços domésticos e ou atividades manuais mais caseiras, o que faz com que tenham uma rede social um pouco mais limitada (SEBASTIÃO *et al.*, 2009).

Corroborando o exposto, pesquisas que comparam níveis de qualidade de vida entre idosos de acordo com o gênero demonstram claramente um maior comprometimento nos níveis de QV dos indivíduos do sexo feminino (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015). As hipóteses explicativas remontadas para tais achados estão relacionadas primeiramente aos novos papéis assumidos pelas

mulheres na sociedade e na família, que podem influenciar na forma como elas percebem a saúde. Em segundo lugar, a contribuição, diferenciada por sexo, de diversas doenças crônicas e da capacidade funcional pode ser responsável por diferentes níveis de comprometimento de qualidade de vida (MOURA; DOMINGOS; RASSY, 2010).

O que de fato está em consonância com toda essa multiplicidade de evidências relaciona-se diretamente com o complexo e inesperado processo de viuvez, posto que o impacto desse acontecimento singular na vida de quem o vivencia e as reações decorrentes dessa experiência demonstram sempre importantes diferenças nos diversos percursos de vida, que são, em parte, explicáveis por características individuais, tais como sensibilidade, vulnerabilidade estrutura psicológica, ou por determinantes do contexto sociocultural onde o indivíduo se insere. E a toda essa dinâmica é que está associada os inúmeros determinantes do padrão de qualidade de vida (TURATTI, 2012).

A partir de toda essa apreciação, é de primordial relevância a discussão efetiva acerca da elaboração de políticas públicas direcionadas às mulheres idosas, que por apresentarem maior expectativa de vida, são em sua maioria viúvas. Tais políticas devem propiciar apoio social a esse extrato populacional que vem crescendo a cada dia na sociedade, um melhor acesso aos serviços de saúde e a manutenção de sua participação ativa na comunidade, a fim de evitar dependências, isolamento e institucionalização, agregando vida aos anos adicionais vividos (MARCHIORI; DIAS; TAVARES, 2013).

5.3 Fatores associados à qualidade de vida das idosas viúvas

Destacamos na presente seção as associações e correlações entre as variáveis dependentes e independentes do estudo que foram mais significativas, as quais certamente determinaram maior influência sobre as dimensões de QV aqui abordadas.

Inicialmente relacionado à idade, na análise multivariável de faixas-etárias, as idosas viúvas de extratos etários mais avançados apresentaram índices de QV mais insatisfatórios, de modo estatisticamente significativo, do que as participantes mais jovens, em todos os domínios abordados. O que atesta tal afirmação apoia-se no fato de ter havido correlação estatística negativa da variável numérica idade também

com todas as dimensões de QV, comprovando então que quanto maior a idade, pior a QV das idosas.

Uma pesquisa realizada no nordeste brasileiro que objetivou estimar a prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas constatou correlação significativa entre maior idade e a presença de fragilidade, demonstrando que mulheres sabidamente com 80 anos ou mais estão mais vulneráveis ao comprometimento de sua qualidade de vida (DUARTE *et al.*, 2013).

Já outro levantamento realizado em Foz do Iguaçu (PR), no qual foi pesquisada a QV de idosos cadastrados na estratégia saúde da família, observou-se que a faixa-etária com melhores índices de QV foi a de 60 a 69 anos, ficando demonstrado um declínio drástico a cada década adicional de vida em praticamente o conjunto de todas as dimensões de QV, o que condiz com os achados do presente estudo. Ressalta-se também que nessa mesma realidade, as pessoas idosas viúvas possuíram os menores escores de QV na análise multifatorial (FALLER *et al.*, 2010).

De certa forma, esse fato pode ser explicado pelo processo de envelhecimento, que produz alterações em todos os órgãos e sistemas do corpo humano. Além disso, o aumento da ocorrência de doenças crônicas e incapacidades funcionais nesta população, aliadas às limitações cognitivas, sociais, financeiras, ou pela impossibilidade de trabalhar, intensificadas com o avançar cronológico dos anos, proporcionam impactos negativos na qualidade de vida (VICENTE; SANTOS, 2013). Ainda assim, a literatura é clara ao destacar que não se podem fazer generalizações, uma vez que o processo de envelhecimento pode ser vivenciado e alterado por uma gama de fatores ou determinantes (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

A respeito dessa análise, a influência dos padrões culturais relacionada à questão do gênero no processo de envelhecimento vivenciado ao longo do tempo na sociedade ganha relevo nessa discussão. Os estudos envolvendo o binômio velhice e gênero revelam que os valores e paradigmas sócio-culturais do comportamento humano estão presentes no cotidiano de homens e mulheres que envelhecem e determinam a ocorrência de eventos e atitudes que podem se tornar limites ou possibilidades para conquista do envelhecimento saudável, o que certamente influencia os níveis de qualidade de vida percebido e determinado no entorno dessa relação (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

A análise de variância das médias dos domínios do SF-36 de acordo com a naturalidade das participantes revelou-se significativa para todos os domínios, demonstrando que as idosas viúvas oriundas do interior possuem piores níveis de QV.

A literatura aponta que fatores demográficos influenciam no estabelecimento de diferentes estilos de vida e influencia na qualidade de vida do idoso, de maneira que os que nascem no meio rural e permanecem vivendo nele, podem até referir melhor situação de saúde, dada a tranquilidade experimentada em tal realidade. A partir do momento que essas pessoas oriundas do interior migram para a cidade, a tendência é de que avaliem que seu padrão de vida muda bruscamente, o que implica em comprometimento na qualidade de vida como um todo (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Outra variável que apresentou significância estatística com os domínios de QV foi a característica da idosa viúva ser chefe ou responsável pelo domicílio, demonstrando melhores médias de QV em todas as dimensões pesquisadas quando foi referido tal conformação. Para essa associação não foram encontradas relações similares em outros estudos.

Evidências apontam que a convivência intergeracional beneficia tanto os idosos quanto os familiares ou demais componentes com os quais são desenhados os arranjos domiciliares no entorno da pessoa idosa. E além disso, os autores destacam que nesse formato de família, a tendência é de que as gerações mais novas dependam financeira e afetivamente da pessoa idosa, motivo pelo qual faz com que os idosos sintam-se cada vez mais estimulados a contribuir com responsabilidades efetivas no seio familiar, respondendo a contento até onde suas dimensões de qualidade de vida estejam preservadas para o desempenho desse papel social, que parece ser comum principalmente nas regiões e famílias mais desfavorecidas (PEDRAZZI *et al.*, 2010; DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005).

Uma importante variável socioeconômica que teve significância estatística com todas as dimensões de QV foi a escolaridade, comprovando que as idosas viúvas analfabetas ou com poucos anos de estudo apresentaram diferenças significativas em relação às médias de todos os domínios pesquisados quando comparadas com as que tem mais anos de estudo.

A literatura é tácita ao reconhecer que a escolaridade constitui um dos principais fatores relacionados à QV de idosos em diferentes grupos populacionais

de diversas realidades (PEREIRA *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2009; WANG *et al.*, 2009; PERKINS *et al.*, 2006).

Em pesquisa realizada em Shanghai, na China, Wang *et al.* (2009) constataram em estudo conduzido com portadores de doenças crônicas, entre elas a HAS em idosos, que a baixa escolaridade esteve relacionada à redução da QV em todas as dimensões abordadas. Trazendo para a nossa realidade, um estudo realizado em Montes Claros (MG) encontrou significância estatística entre comprometimento dos índices de QV e níveis baixos de escolaridade entre idosos hipertensos atendidos por um Programa de Saúde da Família, o que vem a confirmar os resultados encontrados para a presente amostra (ANDRADE *et al.*, 2014).

A baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, estratégia que possibilita a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, influencia a adesão ao tratamento de condições crônicas, como a HAS, em virtude da relação com menores condições econômicas e acesso a serviços de saúde (PEREIRA *et al.*, 2011).

Além disso, níveis de instrução mais baixos entre idosos, característica socioeconômica mais evidente nas regiões mais pobres do Brasil, podem determinar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela Estratégia Saúde da Família, assim como no seguimento do tratamento, constituindo-se em importante indicador a ser observado pelos gestores e profissionais de saúde no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo populacional, mecanismos estes que podem compensar as perdas reais sabidamente provocadas em sua qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2010; LIMA *et al.*, 2009).

A autoavaliação da situação econômica referida pelas participantes apresentou associação com a QV aferida da amostra, deixando evidente que aquelas que avaliaram sua condição econômica como desfavorável apresentaram piores médias em todos os domínios de QV abordados.

De certa maneira, a investigação dessa relação com a autoavaliação ou percepção subjetiva desse extrato da população em vinculação à sua própria condição socioeconômica é escassa. O que existe na literatura são evidências da associação entre a variável renda de idosos e insatisfatórios níveis de QV (SOUSA *et al.*, 2013; TORRES *et al.*, 2009; SOARES *et al.*, 2009; NERI; SOARES, 2007). No

presente estudo, tal característica só obteve correlação significativa com os domínios Aspectos Físicos e Saúde Mental.

É indubitável que os fatores socioeconômicos influenciam significativamente a QV da população idosa, pois a situação econômica proporciona suporte material para o bem-estar do indivíduo; modifica a maneira de lidar com as condições de habitação e locomoção, com as pessoas que o rodeiam, com a independência e a estabilidade financeira; além de permitir acesso a bens e serviços, componentes estes que são essenciais para a satisfação de um padrão de vida que seja pelo menos razoável (TAVARES *et al.*, 2013).

Quanto à relação entre a variável padrão de sono autorreferido e os domínios de QV, observou-se significância estatística na análise multivariável, demonstrando que à medida em que as idosas possuíam níveis de sono mais insatisfatórios menores foram as médias em todas as dimensões de QV pesquisadas. Consoante aos resultados da presente pesquisa, Pereira *et al.* (2011), constataram associação estatística na análise entre não dormir bem referido pelos idosos e piores índices de QV, especialmente nos domínios físico e psicológico.

À medida que a idade avança, as pessoas tendem a dormir menos, e os distúrbios do sono aumentam. O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, que afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade que vivem em casa, e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua QV (LINDEN JUNIOR; TRINDADE, 2013). Tais alterações podem causar repercussões na função psicológica, no bem-estar físico, no sistema imunológico e em outros diversos sistemas, afetando sobremaneira a QV da pessoa idosa (SANTOS; CEOLIM; NERI, 2012).

Em estudo nacional de coorte de base populacional realizado com 1606 idosos com 60 anos ou mais de idade, constatou-se que em relação à presença de dificuldade nas atividades de vida diária, as mulheres idosas apresentaram pior independência funcional que os homens (LIMA-COSTA *et al.*, 2011), resultado que corrobora o achado na presente pesquisa, pois o grau de dependência para a realização de atividades diárias das idosas viúvas apresentou significância estatística com todos os domínios de QV estudados, de maneira que as idosas independentes apresentaram médias mais elevadas em todos os respectivos domínios.

Outra associação significativa constatada foi a relação entre a existência de ocupação e melhores índices de qualidade de vida, ficando evidente diferenças estatisticamente significativas entre as idosas que tem alguma ocupação e as que são sedentárias, relacionada a todos os domínios de QV investigados.

Em estudo realizado por Pimenta e colaboradores (2008) ressaltou-se que as mulheres que apresentaram tendência à prática de alguma atividade esteve associada com melhor qualidade de vida em vários domínios do SF-36. Uma outra pesquisa, envolvendo 238 idosas, realizado por Toscano e Oliveira (2009), verificou que mulheres idosas que possuíam maiores níveis de ocupação no sentido de não serem sedentárias, possuindo uma prática regular de atividades físicas, apresentaram melhores resultados nos oito domínios da qualidade de vida investigados, resultados que corroboram a referida associação no presente estudo.

Outra variável que mostrou-se associada com todos os domínios de QV foi a memória, tanto na autoavaliação por parte das próprias participantes, quanto na comparação da memória atual com a de um ano atrás. A literatura salienta que o idoso que apresenta algum prejuízo mnemônico, mesmo que não patológico, em tese, pode queixar-se da memória com maior frequência, e de alguma maneira, isso repercute negativamente no padrão de qualidade de vida aferido pelo próprio idoso, razão pela qual as idosas que declararam terem melhores níveis de memória terem apresentado maiores médias em todas as dimensões de QV investigadas (MANTOVANI, 2015).

Pesquisas longitudinais sugerem que as queixas subjetivas de memória entre idosos refletem o status cognitivo e expressam, em parte, uma percepção realística de declínio na situação de saúde. Além disso, existem indícios de que alterações na memória possam expressar, a longo prazo, presença de prejuízo cognitivo significativo e maior risco de evolução para a demência, comorbidade que vem tornando-se cada vez mais prevalente entre esse extrato populacional e que certamente compromete os níveis de qualidade de vida relacionados ao processo de envelhecimento ativo e saudável (PAULO; YASSUDA, 2010).

No que diz respeito à relação entre a presença de cuidador e os domínios pesquisados, constatou-se significância estatística entre possuir cuidador e baixos escores de QV em relação a todas as dimensões investigadas. Fica claro e corroborado na literatura o fato de que idosos que necessitam de cuidadores, seja de forma parcial ou integral, possuem níveis de incapacidades que os fazem

requerer o apoio para o desenvolvimento de diversas atividades, motivo que faz com que seus níveis de qualidade de vida estejam mais comprometidos (KÜCHEMANN, 2012).

O tempo de viuvez foi outra variável que apresentou correlação significativa com os níveis de QV. Embora a maior parte das participantes tenha referido que melhorou de vida após tornarem-se viúvas, os testes demonstraram que à medida que aumenta o tempo de viuvez, mais prejudicada fica a QV em relação às dimensões investigadas.

É plausível depreender que diversos fatores influenciam nas condições de saúde dessas mulheres ao longo do processo de viuvez, dentre eles a própria fragilidade do envelhecimento que intensifica-se a cada ano, além da presença, agravamento e incidência de doenças crônicas. Ademais, o próprio tempo decorrido do falecimento do cônjuge, o qual ultrapassou uma década em média, pode ter sido representativo na forma com que a vida passou a ser encarada e vivenciada através de uma nova rotina e com marcadas transformações sociais.

A situação de viuvez é uma condição especial, não planejada, que provoca modificações na vida das pessoas. Representa, por sua vez, uma inesperada quebra do equilíbrio, real ou suposto, das relações familiares, sociais, econômicas, culturais, a qual faz com que o indivíduo em caráter de urgência, estabeleça novos arranjos em grupo (MOTTA, 2004).

Os autores que analisam o processo de viuvez convergem um entendimento no sentido de que após o luto imediato à perda do cônjuge, especialmente no caso feminino, desenham-se duas direções na trajetória de vida nos anos que se seguem. A condição de viuvez para as mulheres que tinham um grau de dependência muito elevado de seus maridos e centravam-se em ser apenas esposas e mães dos seus filhos, provoca impactos severos em suas situações de saúde, seguindo-se um luto muito traumático a ponto de fazer com que passassem a levar uma vida mais reclusa e marcada pela saudade e tristeza, marcas essas capazes de comprometer sobremaneira sua qualidade de vida (MOTTA, 2002).

Por outro lado, mulheres que possuíam uma vida mais autônoma, com maiores níveis de escolaridade, fonte de renda própria, ocupação laboral, menos filhos e um arranjo familiar mais restrito, além daquelas que não possuíam boas experiências na vida matrimonial por uma gama de motivos, sofreriam o processo de

viuvez com um impacto mais amenizado, principalmente com o passar dos anos que se seguem (KUNZLER, 2005).

Assim entendido, fica notório que a viuvez pode influenciar a saúde dos idosos. Ao enviuvarem-se, as pessoas buscam por atendimento médico, internações em asilos e hospitais, assim como também cresce o índice de mortalidade. Para os viúvos isto é mais presente nos seis primeiros meses, justificado por meio de pesquisas de Stroebe *et al.* (2001), ao afirmarem que os sintomas de luto em mulheres têm um pico nos primeiros dois anos, em contraste com os homens que apresentam resposta de luto mais intensa nos seis meses seguintes à perda.

Estes mesmos autores revelam que há uma associação entre a viuvez e a deterioração da saúde física e mental, aspecto condizente ao evidenciado na presente pesquisa. Ressaltam ainda que no caso específico do gênero feminino, as viúvas apresentam um aumento no número de consultas por sintomas psicológicos, tais como ansiedade, depressão e insônia (STROEBE *et al.*, 2001).

A viuvez significa uma experiência ímpar, possibilitando o despertar para um estilo de vida desconhecido, distinto, mas repleto de expectativas e sensações novas. Para as idosas viúvas da realidade pesquisada, a experiência da viuvez ao que tudo indica parece ser menos sofrida para a maioria delas, uma vez que interagem mais socialmente, sentem-se mais independentes e não optaram por se casar novamente, aspectos esses que promovem melhor percepção de sua QV, embora no geral tenha sido detectado que existem fatores associados a aspectos físicos de sua situação de saúde que têm comprometido sua qualidade de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As idosas viúvas que participaram deste estudo tiveram média de idade de 75,4 anos e encontravam-se principalmente na faixa etária de 71 a 80 anos; eram, em sua maioria, pardas, naturais do interior, católicas, morando em arranjos trigeracionais, há aproximadamente 34,5 anos e com uma média de 3,3 pessoas, sendo a quantidade média de filhos igual a 6,0, de maneira que grande parte delas referiu serem elas próprias as chefes ou responsáveis pelo domicílio, razão pela qual o arranjo familiar mais predominante tenha sido o de que as outras pessoas residentes é que foram morar com a idosa.

Com relação ao perfil socioeconômico das participantes, prevaleceram idosas sem escolaridade, com renda média de 1,7 salários-mínimos, sendo a pensão e aposentadoria, respectivamente, as principais fontes de renda; sobre a autoavaliação da situação econômica, uma quantidade expressiva reconheceu ser ruim sua condição financeira, de modo que a maioria afirmou recorrer ao SUS quando necessita de atendimento de saúde e morar em casa própria ou quitada.

Quanto às características do estilo de vida e das condições de saúde, salienta-se o quantitativo de idosas que são sedentárias, sendo que aquelas que possuíam alguma ocupação, realizavam basicamente atividades do lar; em relação à memória, predominou a avaliação regular por parte das próprias participantes, estando igual em comparação a um ano atrás; a maioria das idosas afirmou serem independentes para execução de atividades diárias, motivo pelo qual uma quantidade significativa não possui cuidador; além disso, grande parte referiu possuir um padrão de sono ruim; e um quantitativo expressivo delas são tabagistas e etilistas.

O tempo de viuvez médio das participantes foi de 12,5 anos, de forma que segundo avaliação da maioria delas, a vida melhorou após ficarem viúvas. No que diz respeito aos problemas de saúde ou doenças autorreferidas, houve prevalência da HAS na amostra pesquisada.

A QV aferida pelo SF-36 obteve maiores médias nos escores dos domínios referentes à saúde mental, vitalidade, aspectos emocionais e aspectos sociais, nesta ordem; e menores valores nos domínios estado geral de saúde, capacidade funcional, aspectos físicos e dor, respectivamente.

Quanto aos fatores associados à QV das idosas viúvas, observou-se associação estatisticamente significativa entre o conjunto de todos os domínios mensurados com as seguintes variáveis do perfil das participantes: idade, naturalidade, ser chefe/responsável pelo domicílio, escolaridade, autoavaliação da situação econômica, padrão de sono autorreferido, grau de dependência para realização de atividades diárias, ter ocupação, autoavaliação da memória, memória comparada com anos atrás, existência de cuidador e tempo de viuvez.

Ao analisar tais resultados, verificou-se que a QV das idosas viúvas encontrava-se prejudicada principalmente relacionada aos aspectos físicos, de forma que várias características de tais participantes tiveram relação significativa com o comprometimento da avaliação do padrão ou condição de saúde. Destaca-se que o tempo de viuvez representou um fator que impactou negativamente nas dimensões de QV, posto que mais anos de viuvez concorreu para a aferição de piores escores de QV. Ressalta-se que um achado relevante foi a melhoria da condição de vida das participantes após tornarem-se viúvas, segundo avaliação delas próprias.

A partir do contato com as idosas viúvas da pesquisa, observou-se que em cada ocasião transcendeu-se à aplicação unicamente dos instrumentos de coleta de dados, a ponto de ficar claro aos pesquisadores a constatação de que o estado de viuvez foi acompanhado de uma sensação de libertação por parte da maioria das idosas, de forma a representar a maneira como muitas vivenciaram suas relações matrimoniais, considerando que a partir daquela fase deveriam viver suas vidas de forma livre e aproveitando cada momento.

Dessa maneira, pôde-se constatar que peculiaridades do perfil e do padrão de vida das idosas que convivem com o processo de viuvez interferiram na avaliação de sua qualidade de vida, que não apenas um ou outro aspecto isolado, mostrando que a viuvez, em seu sentido objetivo, significa muito mais do que apenas a perda física do cônjuge, representando na história das idosas o surgimento de novos horizontes, de maneira que o atual estado civil gera um novo sentido à sua identidade.

Outro achado de extrema relevância foi a alta prevalência de comorbidades na amostra do estudo, especialmente a hipertensão. O estudo confirma, portanto, um dos maiores desafios no que tange à definição de prioridades na área da saúde relacionadas ao envelhecimento, que deve estar direcionada ao enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis. Assim, a abordagem do autocuidado apoiado no âmbito dos serviços de saúde precisa contemplar uma proposta de ação para o

acompanhamento, prevenção e controle de fatores de risco relacionados ao adoecimento das idosas viúvas, aspecto que certamente compromete sobremaneira os seus níveis de QV.

Além disso, é importante se atentar para o fato de que a avaliação da qualidade de vida não pode se restringir à avaliação única de um momento específico da vida. Dessa maneira, esse estudo foi importante para se conhecer especificamente as condições de saúde das idosas que convivem com a viuvez, sendo fundamental a realização de pesquisas de natureza longitudinal no local, para confirmar ou refutar os resultados dessa investigação e para o estabelecimento de relações causais entre as variáveis estudadas.

Diante de todas essas evidências, espera-se que esta pesquisa sirva de subsídio aos gestores de serviços de saúde, bem como no planejamento de políticas públicas relacionadas ao campo do envelhecimento populacional, à saúde da mulher idosa viúva nos diferentes âmbitos de atuação. Além disso, espera-se no nível local, que o estudo tenha aplicabilidade direta para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para a população em foco, tendo em vista o conhecimento das características sociodemográficas, econômicas, clínicas e comportamentais das idosas assistidas pelos serviços de Atenção Básica, além dos fatores modificáveis que afetam a sua QV.

Mediante aos resultados que emergiram desta pesquisa, destacam-se significativas contribuições relacionadas à práxis da enfermagem, sobretudo por ter sido realizada em um contexto em que há um considerável protagonismo especialmente por parte dos profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Básica.

Dessa maneira, é possível refletir que os achados do estudo possibilitam subsidiar importantes estratégias de atuação, visando especificamente a melhoria do padrão de QV do público-alvo aqui investigado, as quais se ancoram em três grandes pilares de ação: na assistência, no ensino e na pesquisa.

Para a assistência de Enfermagem, mostra-se relevante que a idosa viúva precisa ser abordada junto à família, comunidade e a ESF como um sujeito de destacado papel social, dada a sua presença demográfica concreta em grande parte dos lares que possuem um integrante da terceira idade, de maneira que as avaliações e intervenções de enfermagem devem ser propostas a fim de promoverem a QV desse grupo etário.

Para tanto, torna-se mister a adoção de um atendimento integral com abordagem multiprofissional a esse segmento populacional, com vistas a promover qualidade de vida aos anos adicionais. Nessa lógica, e no cenário em questão, a Enfermagem ganha expressivo destaque, podendo desempenhar atividades de promoção, prevenção, consulta, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio da realização de planejamento estratégico, com mapeamento do quantitativo de idosas viúvas pertencentes à sua área de adscrição e conhecimento do seu perfil sóciodemográfico, econômico e epidemiológico. Ações dessa natureza fomentam uma prática mais dinâmica, possibilitando o atendimento de necessidades, a melhoria da QV e o suporte às demandas relacionadas ao processo de viuvez.

No que diz respeito às contribuições do estudo para o ensino, os resultados reforçam a pertinência de valorização do envelhecimento e das disciplinas voltadas à saúde do idoso na grade curricular e formação acadêmica dos cursos técnicos e superiores da área de Enfermagem, de maneira a capacitar e estimular os futuros profissionais para a análise da idosa viúva sob uma perspectiva de multidimensionalidade, oferecendo aporte de conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados ao aprendizado, manuseio e aplicabilidade de instrumentos, formulários ou escalas usados na aferição da QV, nos vários contextos da assistência, especialmente na atenção básica, espaço no qual se visualiza maior longitudinalidade para o cuidado.

Para a pesquisa em Enfermagem, o estudo corresponde a uma iniciativa de vanguarda, posto que na perspectiva local, investigações desta monta, envolvendo o público-alvo de idosas viúvas e as repercussões do processo de viuvez em sua QV, ainda não haviam sido abordadas. Assim sendo, recomenda-se a realização de pesquisas congêneres, principalmente em virtude da relevância social e científica que representa o objeto de estudo aqui explorado.

Entre as possíveis limitações desta pesquisa, pode-se apontar que pelo fato de ser um estudo transversal, assegurar relações implícitas de causa e efeito entre as variáveis estudadas é discutível, haja vista tratar-se de um desenho metodológico que avalia uma determinada situação em um único momento. No entanto, baseado na fundamentação encontrada na literatura, no que diz respeito ao grau de associação e das relações causais entre as variáveis de interesse, é lícito inferir que os resultados aqui apresentados parecem suportar as evidências dos modelos explicativos acerca de estudos que versam sobre qualidade de vida.

Outro aspecto que porventura pode ter representado uma limitação, diz respeito aos resultados das medidas autorreferidas ou autoavaliadas pelas próprias participantes da pesquisa, uma vez que variáveis com tal conformação podem sofrer a influência de fatores culturais e sociais, como é o caso da baixa escolaridade da amostra estudada. Mesmo assim, há que se destaque a importância de tais dados, posto que ficou evidenciado a percepção particular das idosas sobre determinadas condições que podem alterar o seu padrão de vida, além do que foi encontrado respaldo na literatura para o embasamento dos achados correspondentes.

Por fim, observa-se que o objeto de estudo acerca da viuvez, e mais especificamente levando-se em conta as repercussões desse acontecimento relacionado à QV do gênero feminino, de certa maneira possui uma abordagem relativamente restrita pela comunidade científica. As idosas viúvas merecem atenção e destaque das pesquisas, políticas públicas, sistemas de saúde e das ciências sociais, a fim de receberem cuidados específicos e intervenções direcionados às suas singularidades e particularidades, com foco na garantia da integralidade na saúde e melhoria dos seus níveis de QV, haja vista tratar-se de importante e destacado segmento etário da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. M. O. *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p. 3497-3504, 2014.
- AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v.1, n.1, p. 18-22, 2010.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARAÚJO, J. S. *et al.* Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.16, n.1, p. 149-158, 2013.
- ARIAS-MERINO, E. D. *et al.* Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, México. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.54, p.527-534, 2012.
- BALDIN, C. B.; FORTES, V. L. F. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 5, n. 1, p. 43-54, 2008.
- BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v.32, n.3, p. 313-321, 2011.
- BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 200-207, 2011.
- BELEZA, C. M. F. **Fatores preditores de qualidade de vida de idosos na atenção básica**. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2014.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; NERI, A.L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.4, p. 769-780, 2012.
- BOTH, T. L. *et al.* Uma abordagem para o luto na viuvez da mulher idosa. **RBCEH**, v. 9, Supl. 1, p. 67-78, 2012.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.528**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM de 22 de fevereiro 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Casa Civil. **Lei n° 10.741**, de 1° de Outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 702, de 12 de abril de 2002**. Dispõe sobre a implantação das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e à organização/habitação e cadastramento dos Centros de Referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 1395, de 9 de dezembro de 1999**, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Decreto n° 1.948**. Regulamenta a Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BRUNONI, L. *et al.* Treinamento de força diminui os sintomas depressivos e melhora a qualidade de vida relacionada a saúde em idosas. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v.29, n.2, p.189-196, 2015.

CABRAL, S. O. L. *et al.* Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região Nordeste. **Geriatría & Gerontologia**, v. 4, n. 2, p. 76-84, 2010.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In Freitas E. V. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av. [online]**, v.17, n.49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A. O novo paradigma demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.12, p. 3446-3447, 2013.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.6, p. 2919-2925, 2011.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p. 2221-2237, 2015.

CARVALHO, E. D. *et al.* Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.32, n.9, p. 433-440, 2010.

CASAGRANDE, G. H. J.; SILVA, M. F.; CARPES, P. B. M. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosas que frequentam grupos de terceira idade. **RBCEH**, v.10, n.1, p. 52-65, 2013.

CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice**: enfoque disciplinar. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, São Paulo, v.39, n.3, p.143-50, 1999.

COELHO, A. R. **Contribuição de um programa de saúde da terceira idade na promoção de saúde e qualidade de vida**. 2012. Dissertação. (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Franca, 2012.

COSTA E SILVA, M. D. *et al.* Fatores associados à perda em idosos residentes no município de Maceió. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1137-1144, 2011.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSEK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n. 2, p.437-44, 2010.

- COSTA NETO, A. M. *et al.* Hábitos de vida e o desempenho de idosos nas atividades básicas da vida diária. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.7, p. 4663-4669, 2013.
- DEL DUCA, G. F. *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n.1, p. 147-153, 2012.
- DIAS, D. S. G.; CARVALHO, C. S.; ARAUJO, C. V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v.16, n.1, p.127-138, 2013.
- DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- DUARTE, M. C. S. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.6, p. 901-906, 2013.
- DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panam Salud Publica**, v.17, n.5/6, p. 370-378, 2005.
- FALLER, J. W. *et al.* Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia de saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery**, v.14, n. 4, p. 803-810, 2010.
- FARINASSO, A. L. C.; LABATE, R. C. A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.11, n.1, p. 25-32, 2015.
- FERNANDES, H. C. L. *et al.* Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde? **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 3, p.782-788, 2010.
- FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n.6, 2012.
- FERREIRA; P. C. S.; TAVARES, M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sócio-demográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.1, p.29-35, 2011.
- FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 422-427, 2007.
- FIGUEIREDO, M. L. F. *et al.* Educação em saúde e mulheres idosas: promoção de conquistas políticas, sociais e em saúde. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n.3, p. 456-461, 2006.

FREITAS, E. R. F. S. *et al.* Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.13, n.2, p. 277-287, 2010.

FREITAS, P. C. B. **Solidão em Idosos - Percepção em função da rede social**. 96f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica Portuguesa, Braga (POR), 2011.

FREITAS, V. F. F. S. Qualidade de vida do idoso no município de Herval. **Rev. Enferm. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 156-163, 2011.

FREITAS, V. R. P. *et al.* Análise da qualidade de vida segundo o questionário sf-36 em um grupo de mulheres participantes de um programa de hidroginástica: uma pesquisa de campo. **Ciência Atual**, v.5, n.1, p. 02-09, 2015.

HILLESHEIM, B. *et al.* Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, v.15, n.1, p. 196-211, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2009**. Rio de Janeiro, Ministério do Planejamento e Orçamento, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Sinopse do censo demográfico 2012**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

KANO, M. Y.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G). **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.4, p. 648-655, 2014.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v.27, n.1, p. 165-180, 2012.

KUNZLER, R. B. **Envelhecimento e gênero: percepções e vivências de idosos na viuvez**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005.

KUSUMARATNA, R. Impact of physical activity on quality of life in the elderly. **Univ Med**, v. 27, n. 2, p. 57-64, abr./jun. 2008.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**, v.16, n.3, p. 705-714, 2009.

LENARDT, M. H. *et al.* Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. **Acta Paul Enferm**, v.27, n.5, p. 399-404, 2014.

LIMA-COSTA M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 735-43, 2003.

LIMA-COSTA M. F. *et al.* Predictors of 10-years mortality in a population of a community-dwelling brazilian elderly: the Bambuí cohort study of aging. **Caderno Saúde Pública**, v.27, S.3, p. 360-369, 2011.

LIMA, M. G. *et al.* Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad Saude Publica**, v.25, n.10, p. 2159-2167, 2009.

LINDEN JUNIOR, E.; TRINDADE, J. L. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 3, 2013.

LOURENCO, R. A., VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba-PR**. 2011. 133f. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MANTOVANI, E. P. **Satisfação com a vida, condições e autoavaliação da saúde entre idosos residentes na comunidade**. 2015. 175f. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

MARCHIORI, G. F, DIAS, F. A, TAVARES, D. M. S. Qualidade de vida entre idosos com e sem companheiro. **Rev enferm UFPE on line**, v.7, n.4, p.1098-106, 2013.

MARREIROS, M. O. C. *et al.* Representações sociais do envelhecimento elaboradas por mulheres idosas. In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (orgs.). **Envelhecimento e representações sociais**. Rio de Janeiro (RJ): Faperj, 2012.

MASEL, M. C. *et al.* Frailty and health related quality of life in older Mexican Americans. **Health Qual Life Outcomes**, v.23, n.70, p. 1-7, 2009.

MEDEIROS, F. A. L. *et al.* Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. **Rev enferm UFPE on line**, v.9, n. 2, p. 985-993, 2015.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos Feministas**, v. 17, n.1, p. 31-48, 2009.

MINAYO, M. C. S. Envelhecimento demográfico e o lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. (orgs.). **Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, praticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2012.

MONTEJO, P. Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.54, p. 298-304, 2012.

MOREIRA, P. F. P.; MARTINIANO FILHO, F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, v.14, n.1, p. 23-26, 2008.

MOTTA, A. B. Sociabilidades possíveis: idosos e tempo geracional. In: PEIXOTO C. E. (org). **Família e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

MOTTA, A. B. Viúvas alegres: uma nova velha geração. In: COSTA, A. A.; SANDEM, M. C. B. (org). **Feminismo, ciência e tecnologia - e outras questões feministas**. Salvador: REDOR/ NEIM-FFCH/ UFBA (Coleção Bahianas, 8), 2002.

MOURA M. A. V.; DOMINGOS, A. M.; RASSY, M. E. C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.4, p.848-855, 2010.

MURAKAMI, L.; SCATOLLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Médica Herediana**, v.21, p. 18-26, 2010.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.8, p. 1845-56, 2007.

OLIVEIRA, A. C. *et al.* Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.13, n.2, p. 301-312, 2010.

OLIVEIRA, B. H. D. *et al.* Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.3, p. 851-860, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**: resumo. Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Mulheres e saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasil: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo**: uma Política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev Psiq Clín**, v.37, n.1, p. 23-26, 2010.

PEDRAZZI, E. C. *et al.* Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, 08 telas, 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-250, 2012.

PEREIRA, L. C. **Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica**. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2014.

PEREIRA, Q. L. C.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.13, n.2, p. 366-371, 2009.

PEREIRA, R. J. *et al.* Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p. 2907-2917, 2011.

PERKINS, A. J. *et al.* Assessment of differential item functioning for demographic comparisons in the MOS SF-36 health survey. **Qual Life Res**, v.15, n.3, p. 331-348, 2006.

PIAUI. **Lei Estadual nº 5.479**, de 10 de agosto de 2005, que altera dispositivos da Lei nº 5.244, de 13 de junho de 2002, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2005.

PIAUI. **Lei Estadual nº 5.244**, de 13 de junho de 2002. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2002.

PIMENTA, F. A. P. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v.54, n.1, p. 55-60, 2008.

RINALDI, F. C. *et al.* O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n.2, p.454-466, 2013.

ROCHA, F. C. V. *et al.* O cuidado do enfermeiro ao idoso na Estratégia Saúde da família. **Rev. enferm. UERJ.**, v.19, n.2, p.186-189, 2011.

ROCHA, S. V. *et al.* Qualidade de vida entre mulheres participantes de grupos de convivência. **Rev. APS**, v.13, n.3, p. 352-356, 2010.

ROSSET, I. *et al.* Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.2, p. 391-400, 2011.

SANTOS, A. A.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Queixas de sono entre idosos brasileiros de municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, 09 telas, 2012.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.2, p. 1135-1145, 2014.

SANTOS, M. I. P. O.; GRIEP, R. H. Capacidade funcional de idosos atendidos em programa do SUS em Belém (PA). **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.3, p.753-761, 2013.

SANTOS, P. M. *et al.* Percepção de qualidade de vida entre idosos jovens e longevos praticantes de hidroginástica. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, p. 1-11, 2013.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm**, v.63, n.6, p. 1035-1039, 2010.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SEBASTIÃO E. *et al.* Atividade física, qualidade de vida e medicamentos em idosos: diferenças entre idade e gênero. **Rev bras Cineantropom Desempenho Hum**, v.11, n.2, p. 210-216, 2009.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectiva. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.867-877, 2010.

SILVA, J. C.; BRANCO, F. M. F. C.; GOMES, C. A. O significado da velhice para a mulher idosa. **Revista Interdisciplinar**, v. 3, n.4, p. 9-13, 2010.

SILVA, L. C. F. P. *et al.* Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Revista Âmbito Jurídico**, ano XV, n. 104, p. 12-18, 2011.

SILVA, N. V. C.; BORGES, M. M. M. C. Perfil epidemiológico das mulheres idosas que apresentaram quedas na área de abrangência de uma superintendência regional de saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, v.7, n.1, p. 1220-1230, 2014.

SOARES, M. B. O. *et al.* Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosas octogenárias. **Cienc Cuid Saude**, v.8, n.3, p. 452-459, 2009.

SOARES, M. B. O.; TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. A. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.4, p. 705-711, 2010.

SOUSA, A. I.; SILVER, L. D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p. 706-16, 2008.

SOUSA, S. S. *et al.* Estudo dos fatores sociodemográficos associados à dependência funcional em idosos. **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.1, p.44-48, 2013.

STROEBE, M. S. *et al.* **Handbook of Bereavement Research. Consequences. Coping and Care.** Washington: American Association, 2001.

SUZUKI, M. Y.; SILVA, T. L.; FALCÃO, D. V. da S. Idosas viúvas: da perda à reorganização. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.4, p. 207-223, 2012.

TALMELLI, L. F. **Nível de independência funcional em idosos com Doença de Alzheimer.** 2009. 112f. (Dissertação de mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

TAMAI, S. A. B. *et al.* Impacto de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida do idoso. **Einstein**, v.9, n.1, p. 8-13, 2011.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 515-522. 2013.

TEODÓSIO, A. I. **Luto na Terceira Idade após Viuvez.** Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade da Beira Interior, Covilhã (POR), 2013.

TÔRRES, E. M. **A Viuvez na Vida dos Idosos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), 2006.

TORRES, G. V. *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J. bras. Psiquiatr.**, v.58, n.1, p. 39-44, 2009.

TORRES, T. Z. G.; MAGNANINI, M. M. F.; LUIZ, R. R. Amostragem. In: MEDRONHO, R. A. (orgs.). **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.15, n. 3, p. 169-173, 2009.

TRENTINI, C. M.; CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M. P. A. *et al* (org.). **Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre (RS): Artmed, 2008.

TURATTI, B. O. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. **Saúde & Transformação Social**, v.3, n.1, p.32-38, 2012.

UNITED NATIONS. **Ageing.** New York: United Nations, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr.**, v.14, n.4, p. 779-789, 2011.

VICENTE, F. R; SANTOS, S. M. A. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm**, v.22, n.2, p. 370-378, 2013.

VIRTUOSO JUNIOR, J. S; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, 2011.

WANG, R. *et al.* Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. **Public Health**, v.123, n.8, p. 534-539, 2009.

APÊNDICES

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do projeto: Avaliação da qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI)

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Instituição/Departamento: UFPI / Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5862

Pesquisador Participante: Crísthiano Neiva Santos Barbosa (Enfermeiro Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado UFPI)

Telefone para contato: (86) 99943-3678

Prezada Senhora:

A senhora está sendo convidada a responder às perguntas do roteiro de entrevista sobre dados sócio-econômicos, demográficos e clínicos; do Mini Exame do Estado Mental; e da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes instrumentos, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido pela **Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo**. Depois de esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A senhora tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Esclarecimento sobre a pesquisa

Objetivos do estudo:

Geral: Analisar a qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina-PI

Específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e clínico de idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI; Avaliar o estado cognitivo de idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); Avaliar a qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36; Correlacionar as variáveis do perfil sociodemográfico, econômico e clínico com a qualidade de vida aferida da amostra pesquisada.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em responder ao roteiro de entrevista semiestruturado constituído por questões fechadas e/ou abertas que abordam os dados demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e de condições clínicas; ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM); bem como responder à Escala *Medical Outcomes Study* (SF 36) que contém 36 itens.

Benefícios: Através da realização dessa investigação busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde a idosas viúvas, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes a realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado integral e humano.

Riscos: Este estudo não pretende oferecer riscos para os sujeitos participantes, entretanto poderá haver constrangimento no ato da entrevista, pois as depoentes estarão discorrendo sobre sua vida. Para minimizar esses riscos as entrevistas serão realizadas nos domicílios das participantes resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e participantes do estudo.

Sigilo: A senhora terá sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Consentimento

Eu _____ tive pleno conhecimento das informações que me foram repassadas sobre o estudo "**Avaliação da qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Teresina – Piauí**". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes e que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o mesmo.

Local e data

Assinatura - nº identidade

Assinatura do pesquisador responsável - nº identidade

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre os procedimentos éticos da pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável Prof^a Dr^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo - UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Departamento de Enfermagem, SG 12, tel.: (86) 3215-5862, e-mail: liff@ufpi.edu.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI, tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

ANEXOS

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO A – Roteiro de entrevista sobre informações pessoais, perfil social e problemas de saúde das participantes.

Iniciais da entrevistada:

Data da entrevista:

Formulário nº:

INFORMAÇÕES PESSOAIS
A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____
A2) Qual é a cor da sua pele ? (1) Branca (3) Amarela (5) Indígena (2) Parda (4) Preta (99) NS / NR
A3) Naturalidade ? (<i>Ver documento, se necessário</i>) (1) Cidade (2) Interior (99) NS / NR
A4) Há quanto tempo a Sra. mora nesta casa? (em anos) _____ (99) NS / NR
A5) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo a Sra. ? _____ (99) NS / NR
A6) Com quem a Sra. Mora? (1) Sozinha (2) Filhos, genros e/ou nora (3) Somente com Filhos (4) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (5) Arranjos intrageracionais (com outros idosos) (6) Somente com os netos (sem filhos) (7) Com outros familiares (irmãos, primos, sobrinhos e/ou afins) (8) Não familiares (9) Outros (especifique) _____ (99) NS / NR
A7) Quem é o chefe ou o responsável do domicílio? (1) Própria idosa (2) Filho (s) (3) Outro familiar (4) Não familiar (99) NS / NR
A8) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me (1) A Sra. Veio morar aqui? (2) As outras pessoas vieram morar com a Sra. ? (88) Não se aplica (99) NS / NR
A9) Quantos filhos próprios e/ou adotivos estão vivos? _____ (88) Não se aplica (99) NS / NR
A10) A Sra. Tem cuidador (a)? (1) Sim (2) Não

<p>A11) Quem é o seu cuidador (a)?</p> <p>(1) Filho (2) Outro idoso (3) Cuidador particular (4) Outros (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS / NR</p>
<p>A12) Qual é a sua religião?</p> <p>(0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS / NR</p>
<p>A13) Quando a Sra. necessita de atenção para acompanhar sua saúde, qual o tipo de serviço que a Sra. utiliza como principal opção?</p> <p>(1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzendeira (6) Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS / NR</p>
<p>*A14) A Sra. fuma (possui hábito tabagista)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) NS / NR</p> <p>A14a) Quantos cigarros fuma, em média, por dia? _____ (0), se NÃO FUMA</p>
<p>*A15) A Sra. faz uso de bebidas alcólicas (possui hábito etilista)?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) NS / NR</p> <p>A15a) Diariamente (1) Sim (2) Não</p> <p>A15b) Somente aos fins de semana (1) Sim (2) Não</p> <p>A15c) Somente em festas ou ocasiões especiais (1) Sim (2) Não</p>
<p>*A16) Como a Sra. avalia o seu padrão de sono?</p> <p>(1) Muito bom (3) Regular (5) Péssimo (2) Bom (4) Ruim (99) NS / NR</p>
<p>*A17) Como a Sra. avalia o seu grau de dependência para realização de atividades diárias, como vestir-se, tomar banho, comer sozinha, caminhar pela casa ?</p> <p>(1) Independente (2) Dependente em algumas atividades (3) Totalmente dependente (99) NS / NR</p>
<p>*A18) Há quanto tempo a Sra. está viúva? _____ (anos completos)</p> <p>(99) NS / NR</p>
<p>*A19) Comparando-se com a época em que era casada (convivia com o companheiro), a Sra. diria que atualmente a sua vida:</p> <p>(1) Melhorou (3) Piorou (2) Está a mesma coisa (99) NS / NR</p>
PERFIL SOCIAL
<p>B1a) A Sra. sabe ler e escrever?</p>

(1) Sim	(2) Não	(99) NS / NR
B1b) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola: _____ Anos (Se nenhum, colocar "0")		
B2) Qual é a renda mensal da idosa em quantidade de salários mínimos? _____ (99) NS / NR		
B3) Qual (is) dessas rendas a Sra. tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS / NR		
B3a) Aposentadoria	(1) Sim	(2) Não
B3b) Pensão	(1) Sim	(2) Não
B3c) Aluguel	(1) Sim	(2) Não
B3d) Trabalho próprio	(1) Sim	(2) Não
B3e) Doações (Família, amigos, instituições)	(1) Sim	(2) Não
B3f) Outras (especifique) _____		
B4) No seu entender, como a senhora avalia a sua situação econômica atual, levando em conta suas necessidades básicas de vida, como por exemplo alimentação, moradia, saúde, etc ? (1) Muito boa (3) Regular (5) Péssima (2) Boa (4) Ruim (99) NS / NR		
B5) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS / NR		
B6) Como a Sra. avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (6) Péssima (99) NS / NR		
B7) Comparando-se com um ano atrás, a Sra. diria que sua memória está: (1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS / NR		
B10) Atualmente a Sra. possui alguma ocupação? (Pode ter mais de uma opção) (1) Sim (2) Não (99) NS / NR		
B10a) Atividades do lar	(1) Sim	(2) Não
B10b) Esporte	(1) Sim	(2) Não
B10c) Dança	(1) Sim	(2) Não
B10d) Trabalho voluntário / comunitário	(1) Sim	(2) Não
B10e) Trabalho remunerado	(1) Sim	(2) Não
B10f) Outros. Quais? _____		
B11) A casa onde a Sra. mora é: (1) Própria – quitada (3) Paga aluguel (2) Própria – paga prestação (4) Cedida sem aluguel (99) Outros (especifique) _____		

PROBLEMAS DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS/ NR	
C1) Anemia	1	2	99	
C2) Ansiedade /	1	2	99	

Transtorno do pânico				
C3) Artrite	1	2	99	
C4) Artrose	1	2	99	
C5) Asma ou bronquite	1	2	99	
C6) Audição prejudicada	1	2	99	
C7) Câncer. Qual? _____	1	2	99	
C8) Diabetes Mellitus	1	2	99	
C9) Depressão	1	2	99	
C10) Derrame	1	2	99	
C11) Doença cardíaca	1	2	99	
C12) Doença Gastrointestinal (gastrite, úlcera, hérnia, refluxo)	1	2	99	
C13) Doença Neurológica (Parkinson, Alzheimer esclerose)	1	2	99	
C14) Hipertensão Arterial	1	2	99	
C15) Incontinência urinária e/ou fecal	1	2	99	
C16) Obesidade	1	2	99	
C17) Osteoporose	1	2	99	
C18) Problemas de coluna	1	2	99	
C19) Visão prejudicada (catarata / glaucoma)	1	2	99	
C20) Outras Qual? _____	1	2	99	

* : Itens adaptados no Roteiro Estruturado original (2006).

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO B – Autorização para utilização de roteiro do NUPEGG



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf/CCS/UFPI



Ofício PPGENF nº 98 / 2015

Teresina (PI), 27 de Outubro de 2015

Do: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/UFPI
Para: Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues.

Prezada Profª Rosalina Partezani,

Ao tempo em que cumprimos V.Sª, solicitamos AUTORIZAÇÃO do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica (NUPEGG) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP, para utilização de Roteiro Estruturado na coleta de dados do estudo de Dissertação de Mestrado *intitulado “Avaliação da qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família”*, do Mestrando do PPGEnf/CCS/UFPI: *Cristhiano Neiva Santos Barbosa*, orientado pela *Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo*.

Na oportunidade, informamos que utilizaremos neste estudo os seguintes anexos: Anexo A (Informações Pessoais), Anexo B (Perfil Social) e Anexo C (Problemas de Saúde), de forma que solicitamos também a autorização para ADAPTAÇÃO de variáveis de interesse à pesquisa no roteiro original, referentes aos itens A16, A17, A18, A19, A20 e A21, constantes (em destaque) no arquivo encaminhado em anexo no e-mail, juntamente com este ofício.

Sem mais para o momento, agradecemos antecipadamente o envio desta AUTORIZAÇÃO para que possamos fazer a coleta de dados da pesquisa supracitada com o roteiro estruturado adaptado.

Atenciosamente,

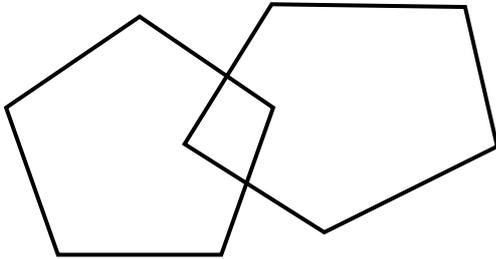
Profª Drª Maria do Livramento Fortes Figueiredo
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf/CCS/UFPI)

Ilma. Sª
Profª Drª Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Professora/Pesquisadora do NUPEGG/EERP/USP

Autorização
André de Jesus
09.11.2015

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO C – Mini exame do estado mental (MEEM)

Orientação temporal e espacial	
___/ 5 pontos	Em que ano, semestre, mês, dia/data e dia/semana estamos?
___/ 5 pontos	Em que local específico (sala, quarto, cozinha), local geral (residência), bairro ou rua próxima, cidade e estado estamos?
Memória Imediata	
___/ 3 pontos	REPITA AS PALAVRAS: VASO, CARRO, TIJOLO
Atenção e Cálculo	
___/ 5 pontos	Subtrair: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7 (5 tentativas: 93-86-79-72-65)
Memória de Evocação	
___/ 3 pontos	Repita as palavras ditas anteriormente (vaso, carro, tijolo)
Linguagem	
___/ 2 pontos	Nomear relógio e caneta
___/ 1 ponto	Repetir deve ser perfeita: “Nem aqui, nem ali, nem lá”
___/ 3 pontos	Siga as instruções: “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” .
___/ 1 ponto	Ler e executar a ordem: “Feche os olhos”
___/ 1 ponto	Escreva uma frase
___/ 1 ponto	Copie o desenho 
TOTAL: _____ / 30 pontos	

Fonte: BERTULOCCI *et al.*, 1994.

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO D - Versão brasileira do questionário de qualidade de vida *Medical outcomes study questionnaire 36-item short form health survey (SF-36)*

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua vida em geral, levando em consideração os dias atuais?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se, dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2

c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6

c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5

d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5
----------------------------	---	---	---	---	---

Fonte: CICONELLI *et al.*, 1999.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANEXO E – Cálculo dos domínios do questionário SF-36

Quadro 4: Ponderação dos dados para cálculo do escore do SF-36

QUESTÃO	PONTUAÇÃO	
01	Se a resposta for 1 Se a resposta for 2 Se a resposta for 3 Se a resposta for 4 Se a resposta for 5	= 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 Se a resposta for 2 Se a resposta for 3 Se a resposta for 4 Se a resposta for 5	= 5,0 = 4,4 = 3,4 = 2,0 = 1,0
07	Se a resposta for 1 Se a resposta for 2 Se a resposta for 3 Se a resposta for 4 Se a resposta for 5 Se a resposta for 6	= 6,0 = 5,4 = 4,2 = 3,1 = 2,2 = 1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7	
	Se 7 = 1 e 8 = 1 Se 7 = 2 a 6 e 8 = 1 Se 7 = 2 a 6 e 8 = 2 Se 7 = 2 a 6 e 8 = 3 Se 7 = 2 a 6 e 8 = 4 Se 7 = 2 a 6 e 8 = 5	= 6,0 = 5,0 = 4,0 = 3,0 = 2,0 = 1,0
	Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:	
	Se a resposta for 1 Se a resposta for 2 Se a resposta for 3 Se a resposta for 4 Se a resposta for 5	= 6,0 = 4,75 = 3,5 = 2,25 = 1,0
	Os itens A,D,E, H têm a seguinte orientação:	

09	Se a resposta for 1	= 6,0
	Se a resposta for 2	= 5,0
10	Se a resposta for 3	= 4,0
	Se a resposta for 4	= 3,0
	Se a resposta for 5	= 2,0
	Se a resposta for 6	= 1,0
	Para os demais itens B, C, F, G, I o valor será mantido o mesmo	
	Considerar o mesmo valor.	
11	Nesta questão os itens são somados, porém os itens B e D têm a seguinte pontuação:	
	Se a resposta for 1	= 5,0
	Se a resposta for 2	= 4,0
	Se a resposta for 3	= 3,0
	Se a resposta for 4	= 2,0
	Se a resposta for 5	= 1,0

Feitas essas ponderações, o valor das questões são transformados nas notas dos 8 domínios. Para isso aplica-se a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

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

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 5: Cálculo de domínios (*Raw scale*)

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação (<i>Score Range</i>)
Capacidade funcional	03	10,30	20
Aspectos físicos	04	4,80	4
Dor	07 + 08	2,12	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5,25	20
Vitalidade	09 (somente os itens A + E + G + I)	4,24	20
Aspectos Sociais	06 + 10	2,10	8
Aspectos emocionais	05	3,60	3
Saúde mental	09 (somente os itens B + C + D + F + H)	5,30	25

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO F – Autorização Institucional da Fundação Municipal de Saúde

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 02 de junho de 2015.

Ilustríssimo Senhor Luciano Nunes Santos Filho

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, **Profª Maria do Livramento Fortes Figueiredo**, responsável principal pelo projeto de pesquisa, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa com as equipes de Estratégia Saúde da Família das Diretorias Regionais de Saúde (Centro-Norte, Sul, Leste-Sudeste) para o trabalho de pesquisa sob o título “**Situação de saúde e qualidade de vida das idosas viúvas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família de Teresina-PI**”, juntamente com os alunos da Pós-Graduação em Enfermagem Jaqueline Carvalho e Silva Sales (nível Doutorado), Cristiano Neiva Santos Barbosa (nível Mestrado) e alunas da graduação Camilla de Oliveira Castelo Branco, Jordana Fonseca Reis e Mariana Lustosa de Carvalho.

Este projeto de pesquisa, atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivos analisar a situação de saúde e a qualidade de vida das idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina-PI; caracterizar a amostra do estudo quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e de condições clínicas; identificar o número e os tipos de medicações utilizadas por essa amostra; avaliar o estado cognitivo das idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); levantar a prevalência de depressão nessa amostra por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) -

15): avaliar a qualidade de vida dessa amostra através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Short-Form Health Survey SF 36-Item*), descrever a percepção das idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI sobre sua situação de saúde e levantar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na população estudada.

Trata-se de um macroprojeto de natureza descritiva, transversal com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo será realizado nos domicílios das mulheres idosas viúvas constituintes da amostra e residentes em área adstrita à ESE.

Este estudo não pretende oferecer riscos para os sujeitos participantes, entretanto poderá haver constrangimento no ato da entrevista, pois as depoentes estarão discorrendo sobre sua vida. Para minimizar esses riscos as entrevistas serão realizadas nos domicílios das participantes resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e sujeitos do estudo, além da garantia de sigilo e anonimato.

Através da realização dessa investigação busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado integral e humano.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail lil@edu.ufpi.br, telefones (86) 3215-5558.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.



Prefeitura de
Teresina

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Autorização Institucional

Eu, Luiziano Nunes Santos Filho responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização, bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Teresina, 02 de Junho de 2015.

Responsável pela Instituição

Luiziano Nunes Santos Filho
Presidente
Fundação Municipal de Saúde

Prof.ª Dr.ª Maria do Livramento Figueiredo
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem/UFPI
SIAPE: 423632

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO G – Parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SITUAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DAS IDOSAS VIÚVAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TERESINA-PI

Pesquisador: MARIA DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46083915.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.132.000

Data da Relatoria: 30/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal com abordagem quantitativa e qualitativa. Que será desenvolvido nos domicílios de mulher idosas viúvas. A amostra para o desenvolvimento do estudo foi de 204 idosas (parte quantitativa) já para a parte qualitativa será utilizado a técnica de inclusão progressiva, ou seja, sem determinar a priori o número de participantes e, sim interrompendo as entrevistas quando ocorrer a saturação dos dados (MINAYO, 2007). Serão incluídas neste estudo mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, viúvas, residentes na zona urbana do município de Teresina, cadastradas na ESF que fazem parte das três DRS (Centro/Norte, Sul, Leste/Sudeste) e que apresentem condições cognitivas para responder aos instrumentos de pesquisa mediante a aplicação do Mini Exame do Estado Mental – MEEM. E para a abordagem qualitativa deverá apresentar ainda algum sintoma depressivo mediante a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Para coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos, o primeiro é o MEEM; o segundo será um roteiro de entrevista semiestruturado contendo perguntas fechadas e abertas relativas aos dados demográfico, socioeconômico, hábitos de vida e de condições clínicas; o terceiro será a EDG; o quarto corresponde a versão brasileira de um questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Short-Form Health Survey - 36-Item) e o quinto será um roteiro contendo uma questão aberta sobre a situação de saúde da

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.040-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação de Protocolo: 1.132.000

participante. A técnica utilizada para coleta de dados neste estudo será a entrevista. Após a coleta dos dados, será utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®, versão 18.0) for Windows, para a organização e análise dos dados. As variáveis quantitativas serão apresentadas por meio de estatística descritiva: média, desvio padrão, mediana, mínimos e máximos e as qualitativas por meio de proporção, odds ratio e intervalo de confiança (IC95%). Os dados serão analisados primeiramente pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade e decidir que tipos de teste serão aplicados. Para verificar a diferença entre as médias será utilizado teste t student (dados paramétricos) e/ou Mann Whitney (dados não paramétricos). A associação entre as variáveis será realizada pelo teste qui-quadrado (χ^2) e/ou FISHER, quando pertinente. Para análise dos dados qualitativos será utilizada a análise temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a situação de saúde e a qualidade de vida das idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) de Teresina-PI.

Objetivo Secundário:

Caracterizar a amostra do estudo quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e de condições clínicas. Identificar o número e os tipos de medicações utilizadas por essa amostra. Avaliar o estado cognitivo das idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Levantar a prevalência de depressão em idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG -15). Avaliar a qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI, através da Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Medical Outcomes Short-Form Health Survey SF 36-Item). Descrever a percepção das idosas viúvas assistidas pela ESF de Teresina-PI sobre sua situação de saúde. Levantar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na população estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*Riscos:

Este estudo não pretende oferecer riscos para os sujeitos participantes, entretanto poderá haver constrangimento no ato da entrevista, pois as depoentes estarão discorrendo sobre sua vida. Para minimizar esses riscos as entrevistas serão realizadas nos domicílios das participantes resguardando o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como será utilizada uma abordagem simples e de fácil entendimento para estabelecer uma relação de confiança entre pesquisador e/ou colaboradores e sujeitos do estudo.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.040-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Contribuição do Parecer: 1.132.900

Benefícios:

Através da realização dessa investigação busca-se subsidiar medidas de promoção da saúde, além de incentivar as instituições de saúde, os docentes e discentes para realizarem estudos congêneres que possibilitem um novo olhar a esta clientela, permitindo a prestação de um cuidado integral e humano.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de tema relevante para a saúde da mulher idosa, considerando que a mesma pretende caracterizar as idosas viúvas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família de Teresina-PI, conhecer a situação de saúde destas, bem como avaliar sua qualidade de vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados correlamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido do ponto de vista ético, considerando que o mesmo atende as exigências da Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção e sobre ocorrência de eventos adversos.

Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Processo: 1.132.060

TERESINA, 30 de Junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Prof. Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANEXO H – Termo de confidencialidade

Título do projeto: Avaliação da qualidade de vida de idosas viúvas assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Teresina-Piauí

Pesquisadora responsável: Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo.

Instituição/Departamento: UFPI / Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 3215-5862

Pesquisador Participante: Cristhiano Neiva Santos Barbosa (Enfermeiro Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível mestrado UFPI)

Telefone para contato: (86) 99943-3678

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados nos domicílios cadastrados juntos às Unidades Básicas de Saúde do município de Teresina (PI). Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Programa de pós-graduação em enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) por um período de 48 meses sob responsabilidade do (a) Sr. (a) Maria do Livramento Fortes Figueiredo. Após este período, os dados serão destruídos.

Pesquisador responsável

Prof^a. Dr^a. Maria do Livramento Fortes Figueiredo