

**FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE**

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATENDIDOS  
NO AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UM  
HOSPITAL GERAL**

**Estudante autora:** Ana Manuela Lacet de Souza Santos

**Orientadora:** Profa. Ms. Michele Gomes Tarquino

**RECIFE**

**2017**

**Pesquisadores:**

**Estudante autora:** Ana Manuela Lacet de Souza Santos

Função: Acadêmica do 7º período da graduação do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Telefone: (81) 99774-7411

E-mail: [lacetmanuela@gmail.com](mailto:lacetmanuela@gmail.com)

**Orientadora:** Profa. Ms. Michele Gomes Tarquino

Função: Psicóloga do ambulatório de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Tutora do sexto período do curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e supervisora da Prática em atenção Primária do curso de psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Mestra em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (FOP/UPE) (2011).

Telefone: (81) 99297-7367

E-mail: [micheletarquino@hotmail.com](mailto:micheletarquino@hotmail.com)

## AGRADECIMENTOS

Eternamente grata ao universo que me permitiu traçar caminhos no qual me arrependi e aprendi e por me deixar caminhar por experiências de muita energia positiva nesses quatro anos e meio bem vividos que me trouxeram até aqui. À Michele Tarquino pela sua confiança e estímulo ao seu modo, único e forte, à Lucas Pessoa pela paciência, companheirismo, amor e abraços. À Laísa Soares por ser minha dupla fora do trabalho e à Karina Rosas pela amizade, ajuda e aliança nesses quatro anos e meio.

Obrigada a você que lê e sabe que me ensinou alguma coisa. Estou mostrando que valeu a pena. Eu valho a pena!

*Sobre o final das coisas*

*O apreço pela jornada*

*É uma questão de sobrevivência*

*É preciso gostar do erro*

*Topar se arrepender*

*Ver orgulho na caminhada por si só.*

*Sabe,*

*Não dá pra ter tristeza muito longa*

*Nem alegria de mentira*

*Há tempo*

*E há vida.*

*Mallu Magalhães.*

## RESUMO

**Cenário:** É notório o aumento significativo da população idosa no Brasil, população esta que é definida pela Organização Mundial de Saúde por aqueles indivíduos brasileiros que atingem os 60 anos de idade. Por isso, é necessário aprofundar os estudos e cuidados a cerca da qualidade de vida dos mesmos, visto que por atingir a idade idosa, o sujeito não deixa de ser sujeito e necessita de cuidados e de uma melhor condição de vida dentro de suas possibilidades. Tendo como local de estudo o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e tendo como participantes idosos pacientes do ambulatório de saúde mental, focalizamos naqueles pacientes que são diagnosticados com transtornos mentais, onde seus principais fatores associados a esses transtornos são a baixa renda, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais. **Objetivo:** Identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral. **Método:** O estudo foi de natureza qualitativa e amostra intencional, que foi realizado com idosos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral que contou com a aplicação de um questionário sociodemográfico seguido de entrevista semiestruturada com perguntas diretivas sobre qualidade de vida. Para a análise das entrevistas foi utilizada a análise conteúdo de Minayo, que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. **Resultados/Discussão:** Foram entrevistados oito idosos, com idade entre 60 e 82 anos, sendo a maioria mulheres, com renda mensal variando em até 3 salários mínimos e uma recebendo menos que um salário. Quanto à formação, quatro participantes não tiveram acesso, dois afirmaram não ter concluído e dois relataram serem formados. A respeito do estado civil, quatro participantes solteiros, uma viúva e três casados. Explorando o material coletado, foi identificado a partir das entrevistas quatro categorias analisadas, onde abordam a espiritualidade, os direitos básicos, alimentação e a aposentadoria como fatores de muita importância para se ter uma boa qualidade de vida na fase idosa da vida. **Considerações finais:** Foi compreendido que trabalhar com percepção de qualidade de vida de idosos dentro de um ambulatório de saúde mental se faz necessário para perceber as necessidades encontradas nessas pessoas para assim poder oferecer um melhor atendimento, que seja integralizado. **Aspectos éticos:** A pesquisa seguiu as

normas e diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12 e somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e das assinaturas dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Palavras chaves:** idosos, qualidade de vida, saúde mental.

## ABSTRACT

**Background:** It is notorious the significant increase of the elderly population not Brazil, a population that is defined by the World Health Organization by users who are Brazilians who generate 60 years of age. Therefore, it is necessary to deepen the studies and health care about the quality of life of the same, seen by an elderly patient, subject not not subject and requires health care of a better condition of life within its possibilities. Having as a place of study the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) and having as elderly participants of the mental health outpatient clinic, we focus on those patients who are diagnosed with mental disorders, where are the main factors associated with these disorders are the low income poor education, poor housing conditions, poor physical conditions, and functional disabilities. **Objective:** To identify a perception about the quality of life of the elderly attending the mental health clinic of a general hospital. **Method:** The study was qualitative and intentional sample, which was performed with the elderly in the mental health ablation of a general hospital that had the application of a sociodemographic questionnaire followed by a semi-structured interview with questions on quality of life. The analysis of the interviews was used to analyze the content of Minayo, which applies to the study of the history, relationships, representations, beliefs, perceptions and opinions that humans make about how they live, feel and think. **Results / Discussion:** Eight elderly people, aged between 60 and 82 years, were interviewed, most of them women, with monthly income varying up to 3 minimum wages and one receiving less than one salary. As for training, four participants did not have access, two said they had not completed and two reported being trained. Regarding marital status, four single participants, one widow and three married. Exploring the collected material, four categories analyzed were analyzed from the interviews, where they deal with spirituality, basic rights, food and retirement as factors of great importance to have a good quality of life in the elderly phase of life. **Final considerations:** It was understood that he worked with perception of the quality of life of the elderly within a mental health clinic, if necessary for a need to perceive as needs found in these people as well as better care, that is paid. **Ethical aspects:** A research followed as norms and guidelines proposed for the Resolution n. 466/12 and only an initiative initiated after the approval

of the Ethics Committee and the signatures of the participants did not have a Free and Informed Consent Form.

**Key words:** elderly, quality of life, mental health.

## TABELA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>SIGLA/ ABREVIATURA</b>	<b>SIGNIFICADO</b>
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
OMS	Organização Mundial de Saúde
CEP FPS	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

•	INTRODUÇÃO.....	07
•	JUSTIFICATIVA.....	14
•	OBJETIVOS.....	15
•	MÉTODO.....	16
	4.1. Desenho do estudo.....	16
	4.2. Local do estudo.....	16
	4.3. Período do estudo.....	16
	4.4. População do estudo e Amostra.....	17
	4.5. Critérios de elegibilidade.....	17
	4.5.1. Critérios de inclusão.....	17
	4.5.2. Critérios de exclusão.....	17
	4.5.3. Processo de captação dos participantes.....	17
	4.6. Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes.....	18
	4.7. Critérios para descontinuação do estudo.....	18
	4.8. Processamento e análise de dados.....	19
	4.9. Instrumentos e coleta de dados.....	19
	4.10. Aspectos éticos.....	19
	4.11. Análise de riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa.....	20
	4.12. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	20
•	ORÇAMENTO.....	21
•	CRONOGRAMA.....	22
•	REFERÊNCIAS.....	23
	ANEXO 1.....	24
	ANEXO 2.....	24
	ANEXO 3.....	28

APÊNDICE 1.....	31
APÊNDICE 2.....	33

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende o sujeito como idoso ao atingir 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento. O Brasil como país em desenvolvimento considera através da OMS o sujeito idoso ao atingir 60, e assim é notório que na atualidade o número de pessoas idosas vem crescendo significativamente. Em estatísticas de 1950 a 2025 a população de pessoas idosas terá crescido quinze vezes mais, que dados anteriores. Desta forma, abre-se espaço para uma reflexão sobre a qualidade de vida dessas pessoas idosas devido ao aumento populacional ser significativo.

A partir da integridade vs desesperança, onde o primeiro consiste em ganhos ao envelhecer com o sentimento de produtividade e valorização do que foi vivido, não havendo arrependimentos e lamentações sobre oportunidades perdidas ou erros cometidos, a não ser a preocupação e o otimismo de que seu tempo em vida valeu a pena. Ao contrário da integridade, um sentimento de tempo perdido, sensação de pouco tempo e a impossibilidade de começar de novo, poderá vir a trazer tristeza e desesperança, como mencionado por Erikson (1964) ao discorrer sobre o estágio da maturidade (Erikson, 1964). Desta forma a maturidade mencionada por Erikson (1964) traz a dualidade no estágio da maturidade vivenciada por pessoas acima de 60 anos.

Sobre esse crescente aumento da população idosa, Medeiros (1989) discorre que o mesmo se deve ao desenvolvimento científico-tecnológico, nos campos sociais e da saúde, com novas descobertas da cura de diversas doenças e diminuição da taxa de mortalidade. Também devido à diminuição da taxa de natalidade Ribeiro (1999) sugere para o fato de que a maior longevidade se deve às grandes revoluções no campo da saúde pública: prevenção, promoção de saúde e educação sanitária que vem se desenvolvendo ao longo dos últimos dois séculos. Bertolini (2001) comenta que o crescimento acentuado da população idosa, levou o meio científico a assumir estudos dos processos psicológicos desta etapa da vida, procurando entender as ansiedades e angústias dos idosos. Proporcionando desta forma uma vida melhor desta fase do desenvolvimento humano, por meio da promoção da saúde e aumento da qualidade de vida, criando condições para um envelhecimento saudável.

Nas últimas décadas deste século foram percebidas no Brasil, mudanças demográficas a respeito da redução dos níveis de fecundidade, que acontecem em todas

as classes sociais. Não se restringindo ao Brasil, diversos países desenvolvidos experienciam no decorrer da história um baixo nível de fecundidade. Segundo Carvalho (1978), nos anos 60, a fecundidade nacional era de 5,8 filhos por mulher e no espaço de 30 anos, acontece uma redução de quase 60% passando a ser 2,5 filhos por mulher em 1996, segundo Bemfam (1997).

A partir do exposto dúvidas emergem no sentido de entender o que é ser idoso e o que é ser velho. Sobre esse tema Altman (2011) comenta, velho é a pessoa que perdeu a capacidade ou as habilidades para exercer sua vida e idoso refere-se simplesmente a mais idade, mas com independência e autonomia na vida. Desse mesmo modo, é necessário diferenciar longevidade de envelhecimento. Onde longevidade refere-se ao número de anos vividos por um indivíduo ou ao número de anos que, em média, as pessoas de uma mesma geração viverão e envelhecimento que já não diz aos indivíduos, nem a geração, mas sim à mudança na estrutura etária da população, onde produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice.

Um dos aspectos das consequências da diminuição da fecundidade é o impacto na estrutura etária, onde reduz a população jovem e se amplia a população idosa, configurando assim, o processo de envelhecimento populacional brasileiro. Além desses números alarmantes, é percebido também que esse processo de envelhecimento é mais amplo entre as mulheres que vivem a mais tempo que seus parceiros masculinos. Assim, configurando uma problemática social quando se tem em vista que as mesmas terão que depender de arranjos institucionais que ainda não são adequadamente existentes no país ou de membros da família. Outro ponto a ser visto além desse estudo é que ao longo do movimento de transformação de estrutura etária, ocorre-se uma dependência e é necessário um tempo para se estabelecer uma maturidade para o enfrentamento das novas questões sociais geradas pela mudança demográfica.

Com isso, visto que o prolongamento da vida é inspiração para qualquer sociedade, ela só pode ser considerada de fato como uma conquista a partir do momento em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Tendo então, políticas destinadas aos idosos levando em conta a capacidade funcional, a autonomia a não ser perdida, a participação, cuidado e autossatisfação abrindo também possibilidades para vários

outros contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada.

No Brasil, a população idosa vem crescendo de forma acelerada com probabilidade de em 2020, ser o Brasil, o sexto país no mundo em número de idosos com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Com isso, o país vive nas últimas décadas momentos para se refletir e buscar melhorar o sistema de saúde para melhor preservar a qualidade de vida dos sujeitos que passaram e passarão a se tornar idosos. Mas toda essa problemática é toda mais delicada ao se analisar a carência geral de recursos, demandando programas específicos e recursos públicos como habilidade, criatividade gerencial e capacidade de inovação para administrar a escassez já vivenciada por gestores atuais. Com isso, é visto uma necessidade de se debruçar com maiores preocupações dos administradores que estão frente dos órgãos públicos implicados na qualidade de vida com o objetivo de proporcionar melhores condições de vida a população idosa.

Atualmente, a cada ano se tem 650 mil novos idosos incorporados à população brasileira; e a maioria deles com doenças crônicas e limitações funcionais. Assim, o Brasil passa de um cenário de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas onde exigem cuidados constantes da melhor qualidade.

A partir do reconhecimento do envelhecimento populacional no Brasil, por parte do governo federal, foi aprovada em 4 de janeiro de 1994 a Lei N° 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada posteriormente pelo Decreto N° 1.948/96 (Brasil, 1994). A finalidade dessa lei é assegurar direitos sociais, garanti-los a fim de assegurarem a promoção da integração, autonomia e participação efetiva do idoso na sociedade, visando ao exercício de sua cidadania. Consta ainda, nessa lei, que a pessoa idosa é aquela com idade a partir de 60 anos (Rodrigues et al., 2007). A partir do reconhecimento do envelhecimento populacional no Brasil, por parte do governo federal, foi aprovada em 4 de janeiro de 1994 a Lei N° 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada posteriormente pelo Decreto N° 1.948/96 (Brasil, 1994). A finalidade dessa lei é assegurar direitos sociais, garanti-los a fim de assegurarem a promoção da integração, autonomia e participação efetiva do idoso na sociedade, visando ao exercício de sua cidadania. Consta ainda, nessa lei, que a pessoa idosa é aquela com idade a partir de 60 anos (Rodrigues et al., 2007).

Compreendendo a terceira idade como um processo da vida natural, precisamos também entender que esse processo requer entendimento sobre o bem-estar nessa fase e suas dificuldades. Desse modo, cada vez mais se existe a necessidade de políticas públicas que assistam essas pessoas de forma integral desenvolvendo novas formas de tratamento e intervenções, cuidando desde o biológico até o psíquico. O envelhecimento deve ser compreendido para além do olhar biológico, pois o homem não é apenas um composto de órgãos e músculos, mas, mais do que isso, este se completa através de sua inserção nos meios culturais, sociais, políticos e ideológicos, colaborando, assim, para sua constituição enquanto ser pensante, histórico e social (Guccione, 2002).

Os conceitos de qualidade de vida, são os mais variados e desta forma cada autor, vai compreender por qualidade de vida de maneiras diferentes, mas as variações dos conceitos referentes ao tema abarcam aspectos similares como quais foram mencionados anteriormente. A família dependendo da sua cultura, das relações familiares, geralmente são as responsáveis por oferecer estrutura, cuidado, bem-estar e contribuinte na qualidade de vida do idoso. Com as mudanças históricas, sociais e culturais, alguns aspectos como o cuidado com o idoso vêm sendo mudado. A falta de preparo, agregada a novos valores sociais e culturais, vem gerando uma busca maior dos familiares a asilos, casas de repouso e sistemas de saúde. O abandono, por falta de tempo ou na necessidade de se criar uma estrutura para o idoso, vem necessitando das redes públicas uma atenção especial a essa demanda.

A partir do exposto sobre o crescente índice de pessoas idosas nos países e a crescente demanda ao serviço público, surge a necessidade de um olhar diferenciado ao estudo da gerontologia, prezando por uma qualidade de vida e bem-estar as pessoas idosas. Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto, Filizola (2005) ao discorrerem sobre a gerontologia, mencionam, que a mesma é o estudo do processo do envelhecimento, em sua completude, visando o sujeito como dinâmico e dotado de relações sendo este estudado biologicamente, psicologicamente, socialmente e culturalmente. Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto, Filizola, (2005). Desta forma a gerontologia estuda o processo de envelhecimento sob uma ótica multidisciplinar, pois reúne conceitos teóricos de diferentes disciplinas, em prol do objeto de estudo e interdisciplinar, desta forma, aborda o processo de envelhecimento humano em todos os seus aspectos: físico, biológico, psíquico, emocional, social, cultural, ambiental, político, econômico, entre outros.

Desta forma Moreira, Santos, Couto, Teixeira, Souza comentam sobre a importância do olhar da gerontologia sob a qualidade de vida de Joia discorrendo ser necessários que os órgãos públicos e a sociedade no geral, fiquem atentos a possibilitar uma longevidade assegurada e de qualidade para a população idosa, garantindo seus direitos, atendimento de qualidade e qualidade de vida.

Sobre qualidade de vida Paschoal (2000) salienta que é uma palavra de difícil conceituação, que vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Em sua pesquisa a palavra qualidade é definida como indicador de superioridade e a palavra vida inclui a saúde, relações familiares satisfatórias, condições financeiras estáveis, entre outros aspectos. Tendo Paschoal como um pesquisador sobre qualidade de vida, ensina a questão da valorização da opinião do sujeito sem avaliar sua qualidade de vida dentro de um método previamente já construído visto que somos subjetivos e individuais.

Avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas públicas/sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem. Desta forma surge a necessidade de oferecer um melhor continuar de desempenho ao idoso. O Brasil, vem deixando a desejar quando se trata de recursos para dar continuidade a essa qualidade de vida ao sujeito quando ele se torna idoso, sem entender que o sujeito não deixa de ser sujeito e tem direito de ter oportunidades de alcançar a felicidade, independentemente de seu estado de saúde, idade ou condições socioeconômicas.

Levando-se em consideração que o processo do envelhecimento carrega consigo muitas alterações anátomo-fisiológicas, é válido pensar em traçar estratégias para aproveitar e viver a vida de forma harmoniosa, equilibrada e com qualidade de vida (Silva et al., 2011). Nesse mesmo sentido, para Del Duca e Nahas (2011), entende que o envelhecer se caracteriza apenas perdas motoras, mesmo que resulte de fatores genéticos e de dimensões externas como as condições culturais e sociais do indivíduo e o estilo de vida levado. Trata-se de uma situação normal, do sistema biológico que passa a ter dificuldade com o passar do tempo, mas que existe, porém, a possibilidade de intensificar ou desacelerar esse processo a partir dos fatores comportamentais, e também ambientais, os quais exercem enorme influência sobre as patologias.

Nos tempos atuais, se relaciona a qualidade de vida do idoso com a realização de atividades físicas que colaboram à elaboração das atividades habituais. Mas, segundo

Matsudo (2001), a prática de atividades físicas por idosos também poderá influenciar na sua qualidade de vida, garantindo uma maior independência pessoal, beneficiando, dessa forma, a prevenção de doenças comuns nessa fase da vida.

A prevalência de transtornos mentais em idosos varia de 17% a 30% (Gordilho, 2002). Os principais fatores associados a esses transtornos são: gênero feminino, baixa renda, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais (Blue, 2000; Veras et al., 1987).

Guralnik et al. (1989) afirmam que na perspectiva dos idosos a qualidade de vida é avaliada mais por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência que pelos diagnósticos específicos de seus médicos. Com isso, é sentida uma necessidade de entender melhor sobre a qualidade de vida desses idosos que são diagnosticados com transtornos mentais e assim então desenvolver uma melhor forma de viver. Desse modo, objetivamos com essa pesquisa identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

## **II. JUSTIFICATIVA**

Devido ao aumento do índice de crescimento da população idosa surge a necessidade de ter mais políticas públicas para melhorar o sistema de saúde. Neste sentido, a pesquisa buscou identificar a percepção sobre qualidade de vida do público idoso através de coletas de dados de pacientes atendidos no ambulatório de saúde mental ou com idosos participantes do grupo terapêutico coordenado pela psicologia.

Fundamentada na compreensão da qualidade de vida de pessoas idosas, foi possível uma reflexão acerca dos cuidados necessários oferecidos e possíveis cuidados que venham surgir como grande valia para a qualidade de vida do paciente. Desta forma a coleta de dados foi realizada no ambulatório de saúde mental, com idosos atendidos pelo ambulatório ou participantes do grupo terapêutico do IMIP. Tais estudos puderam buscar novas observações a cerca do olhar para além das aparências, para que desta maneira possa decodificar argumentos explicativos ao emocional, contribuir com o suporte sobre a relação de desequilíbrio e equilíbrio do idoso e fatores que infrinjam a qualidade de vida.

Considerando os princípios éticos, estaremos aplicando o termo de esclarecimento e responsabilidade para que todos os envolvidos estejam cientes da pesquisa e dos procedimentos. Desse modo, objetivamos resultar uma pesquisa com relevância visando apenas o bem-estar do sujeito com foco na sua qualidade de vida diante de suas condições atuais.

## **III. OBJETIVOS**

### **III.I. Objetivo Geral**

Identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Realizar revisão de literatura integrativa;
- Descrever o perfil sociodemográfico (faixa etária, gênero, número de internações e tempo das internações);
- Compreender o que é qualidade de vida para os idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

## **4. MÉTODO**

### **4.1. Desenho do estudo**

O estudo foi de natureza qualitativa e intencional. No que se refere à pesquisa qualitativa, esta se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008a).

Assim como foi explicitado acima, segundo Richardson (1985), a abordagem qualitativa de um problema justifica-se pelo fato de ser uma forma adequada para se entender a natureza de um fenômeno social. Assim, as reflexões dos pesquisadores sobre suas ações e observações no campo, seus sentimentos e impressões tornam-se dados em si mesmos, o que vai constituir parte da interpretação.

### **4.2. Local do estudo**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de saúde mental do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) que é localizado na região metropolitana do Recife, na Rua dos Coelho, 330 no bairro da Boa Vista.

### **4.3. Período do estudo**

A pesquisa foi iniciada entre maio de 2017 até novembro de 2017 incluindo coleta de dados, avaliação dos resultados e apresentação dos mesmos, da forma que seu início foi após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP FPS).

### **4.4. População do estudo e Amostra**

O público alvo da pesquisa consistiu em idosos pacientes do ambulatório de saúde mental com idade a partir de 60 anos de ambos os sexos que estão admitidos no

ambulatório de psiquiatria ou participando do grupo terapêutico coordenado pela psicologia.

A amostra foi constituída a partir de uma pesquisa de natureza qualitativa e intencional onde primeiramente foi aplicado um questionário sociodemográfico e em seguida será feita uma entrevista semi-estruturada especificamente para esta pesquisa.

#### **4.5. Critérios de elegibilidade**

**4.5.1. Critérios de inclusão:** Idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos que estão admitidos no ambulatório de psiquiatria ou que façam parte do grupo terapêutico coordenador pelo setor da psicologia.

**4.5.2. Critério de exclusão:** Idosos que apresentam dificuldades em responder o questionário.

**4.5.3. Processo de captação dos participantes:** Os pesquisadores do presente estudo realizaram a captação dos participantes presencialmente, de forma a comparecer no ambulatório de saúde mental do IMIP. Os participantes foram abordados nos momentos em que estiverem disponíveis e foram submetidos à avaliação pela lista de checagem (Anexo 1), a qual contém os critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa. Os sujeitos elegíveis e que concordaram livremente participar da pesquisa deverão assinar o TCLE (Anexo 2). E foram submetidos ao questionário sociodemográfico para uma compreensão mais aprofundada sobre os mesmos (Apêndice 1) e à entrevista semiestruturada (Apêndice 2) para melhor ser feita a coleta de dados.

#### **4.6. Critérios para descontinuação do estudo**

O presente estudo oferecia riscos considerados pequenos à saúde física ou mental do paciente que dele participar. Entretanto, se durante a realização do mesmo tivesse ocorrido qualquer evento que implique risco ao sujeito da pesquisa ou ao pesquisador, o estudo seria descontinuado e as medidas serão tomadas e providenciadas pelos pesquisadores.

#### **4.7. Processamento e análise de dados**

A coleta de dados começou a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico seguido de uma entrevista semi-estruturada com perguntas diretas sobre qualidade de vida, entrevista esta que foi áudio-gravada e transcrita para análise de dados posteriormente.

Desse modo, a análise foi de conteúdo temático que segundo Minayo (2008), acontece primeiramente por uma leitura atingindo os pontos mais profundos, posteriormente foi explorado o material coletado e na etapa final foi construída uma síntese interpretativa por meio de um texto que tragam articulações entre os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

#### **4.8. Instrumento e coleta de dados**

A coleta de dados se deu nos espaços do ambulatório geral de psiquiatria do IMIP que ocorre nas terças-feiras à tarde e nas quartas-feiras a tarde e no grupo com idosos coordenado pela psicologia ao longo do mês de agosto.

O instrumento utilizado para realizar a coleta de dados foi aplicação de um questionário sociodemográfico e uma entrevista, em razão de que a mesma se caracteriza por um método que é semi-estruturado pelo pesquisador, com perguntas abertas onde objetiva colher informações subjetivas do sujeito.

#### **4.9. Aspectos éticos**

A elaboração do projeto de pesquisa segue as normas e as diretrizes que são propostas na resolução 510. Sendo a pesquisa realizada após a aprovação do CEP FPS pelo número 69914217.9.0000.5569 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista será iniciada.

#### **4.10. Análise de riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa**

No caso de ser detectado algum desconforto ou mobilização emocional no momento da entrevista, o participante receberia suporte da Psicóloga deste mesmo setor. Outro provável risco é o gasto de tempo em participar da pesquisa, entretanto, os pesquisadores se certificaram de que isso não interferiria ou atrapalhasse o seu espaço de acompanhamento/tratamento com a equipe de saúde do setor. Sobre os benefícios, é por meio de pesquisas como estas, que a temática abordada ganha visibilidade e se torna possível pensar estratégias para a promoção da qualidade de vida de idosos, possibilitando com isso a criação de políticas públicas voltadas à prevenção. Além disso, essa pesquisa poderá possibilitar um espaço para refletir sobre as repercussões acerca da qualidade de vida de idosos com transtornos e assim pensar em possibilidades de melhor cuidar desse aspecto da vida.

#### **4.11. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Participarão da pesquisa apenas os pacientes que concordarem, mediante a assinatura do TCLE, disponível no Apêndice 1. O TCLE é um documento obrigatório que informa e esclarece para o sujeito a implicação da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimento sobre sua participação no estudo. Esse termo é uma proteção legal do pesquisador e pesquisado, onde ambos estarão assumindo responsabilidades, como é considerado na resolução 466/12 pelo Conselho Nacional da Saúde.

## **V. RESULTADOS/DISCUSSÃO**

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo.

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE  
SAÚDE MENTAL

Qual. Vida Id. Atend. Amb. S. M.

Ana Lacet

Karina Rosas

Faculdade Pernambucana de Saúde  
Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira  
Recife - Brasil

A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO  
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL

THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF THE OLD PERSONS SERVED  
NOT AMBULATORY OF MENTAL HEALTH

## RESUMO

**Cenário:** É notório o aumento significativo da população idosa no Brasil, população esta que é definida pela Organização Mundial de Saúde por aqueles indivíduos brasileiros que atingem os 60 anos de idade. Por isso, é necessário aprofundar os estudos e cuidados a cerca da qualidade de vida dos mesmos, visto que por atingir a idade idosa, o sujeito não deixa de ser sujeito e necessita de cuidados e de uma melhor condição de vida dentro de suas possibilidades. Tendo como local de estudo o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e tendo como participantes idosos pacientes do ambulatório de saúde mental, focalizamos naqueles pacientes que são diagnosticados com transtornos mentais, onde seus principais fatores associados a esses transtornos são a baixa renda, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais. **Objetivo:** Identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral. **Método:** O estudo foi de natureza qualitativa e amostra intencional, que consistiu a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico seguido de entrevista semi-estruturada com perguntas diretas sobre qualidade de vida, que foram áudio-gravada e transcrita para análise de dados posteriormente. Entrevista esta que foi feita com idosos com idade a partir dos 60 anos, de ambos os sexos, pacientes do ambulatório de saúde mental de um hospital geral. **Resultados/Discussão:** Explorando o material coletado, foi identificado quatro categorias onde abordam a espiritualidade, os direitos básicos, alimentação e a aposentadoria como fatores de muita importância para se ter uma boa qualidade de vida na fase idosa da vida. **Considerações finais:** Foi compreendido que trabalhar com percepção de qualidade de vida de idosos dentro de um ambulatório de saúde mental se faz necessário para perceber as necessidades encontradas nessas pessoas para assim poder oferecer um melhor atendimento, que seja integralizado. **Aspectos éticos:** A pesquisa seguiu as normas e diretrizes propostas pela Resolução nº 466/12 e somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética e das assinaturas dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Palavras chaves:** idosos, qualidade de vida, saúde mental.

## ABSTRACT

**Background:** It is notorious the significant increase of the elderly population not Brazil, a population that is defined by the World Health Organization by users who are Brazilians who generate 60 years of age. Therefore, it is necessary to deepen the studies and health care about the quality of life of the same, seen by an elderly patient, subject not not subject and requires health care of a better condition of life within its possibilities. Having as a place of study the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) and having as elderly participants of the mental health outpatient clinic, we focus on those patients who are diagnosed with mental disorders, where are the main factors associated with these disorders are the low income poor education, poor housing conditions, poor physical conditions, and functional disabilities. **Objective:** To identify a perception about the quality of life of the elderly attending the mental health clinic of a general hospital. **Method:** The study was qualitative and intentional sample, which was performed with the elderly in the mental health ablation of a general hospital that had the application of a sociodemographic questionnaire followed by a semi-structured interview with questions on quality of life. The analysis of the interviews was used to analyze the content of Minayo, which applies to the study of the history, relationships, representations, beliefs, perceptions and opinions that humans make about how they live, feel and think. **Results / Discussion:** Eight elderly people, aged between 60 and 82 years, were interviewed, most of them women, with monthly income varying up to 3 minimum wages and one receiving less than one salary. As for training, four participants did not have access, two said they had not completed and two reported being trained. Regarding marital status, four single participants, one widow and three married. Exploring the collected material, four categories analyzed were analyzed from the interviews, where they deal with spirituality, basic rights, food and retirement as factors of great importance to have a good quality of life in the elderly phase of life. **Final considerations:** It was understood that he worked with perception of the quality of life of the elderly within a mental health clinic, if necessary for a need to perceive as needs found in these people as well as better care, that is paid. **Ethical aspects:** A research followed as norms and guidelines proposed for the Resolution n. 466/12 and only an initiative initiated after the approval

of the Ethics Committee and the signatures of the participants did not have a Free and Informed Consent Form.

**Key words:** elderly, quality of life, mental health.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende o sujeito como idoso ao atingir 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento. O Brasil como país em desenvolvimento considera através da OMS o sujeito idoso ao atingir 60, e assim é notório que na atualidade o número de pessoas idosas vem crescendo significativamente. Em estatísticas de 1950 a 2025 a população de pessoas idosas terá crescido quinze vezes mais, que dados anteriores. Desta forma, abre-se espaço para uma reflexão sobre a qualidade de vida dessas pessoas idosas devido ao aumento populacional ser significativo.

Com isso, visto que o prolongamento da vida é inspiração para qualquer sociedade, ela só pode ser considerada de fato como uma conquista a partir do momento em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Tendo então, políticas destinadas aos idosos levando em conta a capacidade funcional, a autonomia a não ser perdida, a participação, cuidado e autossatisfação abrindo também possibilidades para vários outros contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. No Brasil, o crescimento da população idosa vem crescendo de forma acelerada com probabilidade de em 2020, ser o Brasil, o sexto país no mundo em número de idosos com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Com isso, o país vive nas últimas décadas momentos para se refletir e buscar melhorar o sistema de saúde para melhor preservar a qualidade de vida dos sujeitos que passaram e passarão a se tornar idosos. Mas toda essa problemática é toda mais delicada ao se analisar a carência geral de recursos, demandando programas específicos e recursos públicos como habilidade, criatividade gerencial e capacidade de inovação para administrar a escassez já vivenciada por gestores atuais. Com isso, é visto uma necessidade de se debruçar com maiores preocupações dos administradores que estão frente dos órgãos públicos implicados na qualidade de vida com o objetivo de proporcionar melhores condições de vida a população idosa.

A partir do reconhecimento do envelhecimento populacional no Brasil, por parte do governo federal, foi aprovada em 4 de janeiro de 1994 a Lei N° 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada posteriormente pelo Decreto N° 1.948/96 (Brasil, 1994). A finalidade dessa lei é assegurar direitos sociais, garanti-los a fim de assegurarem a promoção da integração, autonomia e participação efetiva do idoso na sociedade, visando ao exercício de sua cidadania. Consta ainda, nessa lei, que a pessoa idosa é aquela com idade a partir de 60 anos (Rodrigues et al., 2007). A partir do

reconhecimento do envelhecimento populacional no Brasil, por parte do governo federal, foi aprovada em 4 de janeiro de 1994 a Lei N° 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso, regulamentada posteriormente pelo Decreto N° 1.948/96 (Brasil, 1994). A finalidade dessa lei é assegurar direitos sociais, garanti-los a fim de assegurarem a promoção da integração, autonomia e participação efetiva do idoso na sociedade, visando ao exercício de sua cidadania. O envelhecimento deve ser compreendido para além do olhar biológico, pois o homem não é apenas um composto de órgãos e músculos, mas, mais do que isso, este se completa através de sua inserção nos meios culturais, sociais, políticos e ideológicos, colaborando, assim, para sua constituição enquanto ser pensante, histórico e social (Guccione, 2002).

Os conceitos para qualidade de vida, são os mais variados e desta forma cada autor, vai compreender por qualidade de vida de maneiras diferentes, mas as variações dos conceitos referentes ao tema abarcam aspectos similares como quais foram mencionados anteriormente. A família dependendo da sua cultura, das relações familiares, geralmente são as responsáveis por oferecer estrutura, cuidado, bem-estar e contribuinte na qualidade de vida do idoso. Com as mudanças históricas, sociais e culturais, alguns aspectos como o cuidado com o idoso vêm sendo mudado. A falta de preparo, agregada a novos valores sociais e culturais, vem gerando uma busca maior dos familiares a asilos, casas de repouso e sistemas de saúde. Levando-se em consideração que o processo do envelhecimento carrega consigo muitas alterações anátomo-fisiológicas, é válido pensar em traçar estratégias para aproveitar e viver a vida de forma harmoniosa, equilibrada e com qualidade de vida (Silva et al., 2011).

A prevalência de transtornos mentais em idosos varia de 17% a 30% (Gordilho, 2002). Os principais fatores associados a esses transtornos são: gênero feminino, baixa renda, baixa escolaridade, moradores em bairros mais pobres, migrantes, divorciados, trabalhadores informais, condições precárias de moradia, doenças físicas crônicas e incapacidades funcionais (Blue, 2000; Veras et al., 1987).

Guralnik et al. (1989) afirmam que na perspectiva dos idosos a qualidade de vida é avaliada mais por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência que pelos diagnósticos específicos de seus médicos. Com isso, é sentida uma necessidade de entender melhor sobre a qualidade de vida desses idosos que são diagnosticados com transtornos mentais e assim então desenvolver uma melhor forma

de viver. Desse modo, objetivamos com essa pesquisa identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

## MÉTODO

A coleta de dados começou a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico seguido de uma entrevista semi-estruturada com perguntas diretas sobre qualidade de vida, entrevista esta que foi áudio-gravada e transcrita para análise de dados posteriormente. Foram estudados a percepção de qualidade de vida segundo as respostas obtidas dos idosos, mediante as perguntas: "O que é ser idoso?", "O que é qualidade de vida?" e "Como você percebe sua qualidade de vida atual?". A coleta de dados aconteceu nos espaços do ambulatório geral de psiquiatria do IMIP e no grupo com idosos coordenado pelo setor de psicologia.

O estudo foi de natureza qualitativa e intencional e no que se refere à pesquisa qualitativa, esta se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008a). Desse modo, a análise foi de conteúdo temático que segundo Minayo (2008), essa análise acontece primeiramente por uma leitura atingindo os pontos mais profundos, posteriormente é explorado o material coletado e na etapa final é construída uma síntese interpretativa por meio de um texto que tragam articulações entre os objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

A elaboração do projeto de pesquisa seguiu as normas e as diretrizes que são propostas na resolução 466/12 e trata-se de uma pesquisa realizada dentro dos preceitos éticos, após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, pelo número 69914217.9.0000.5569 e obtenção do termo de consentimento formal pós informação dos idosos devidamente habilitados para tal.

## RESULTADOS / DISCUSSÃO

O estudo foi composto por oito pacientes (100%) do ambulatório de psiquiatria de um hospital geral de Recife. Sete desses pacientes (87,5%) são do sexo feminino e um do sexo masculino (12,5%), tendo entre 60 a 82 anos. Quanto às suas rendas mensais, variou de um salário mínimo até 3 salários mínimos, uma delas alegou receber menos de um salário mínimo. Acerca da formação, quatro (50%) afirmaram não ter, duas (25%) afirmaram não ter concluído e duas (25%) pessoas afirmaram ser formados. Em relação ao estado civil, participaram quatro (50%) solteiras, uma viúva (12,5%) e três (37,5%) casados.

As entrevistas realizadas com os pacientes foram de grande importância, podendo ser compreendida suas percepções acerca da sua própria qualidade de vida, se percebendo como idoso atualmente portador de algum transtorno mental. Diante da realidade apresentada, foi possível observar a preocupação dos pacientes no que se refere a sua alimentação e direitos básicos para se viver tranquilamente e também, o seu desconforto ao perceber que muitas vezes não se têm o mínimo para se viver de forma saudável. Como estratégia de enfrentamento, os pacientes utilizam a espiritualidade, sendo esta, encorajadora para o enfrentamento das situações, servindo também como conforto e um grande fator nas horas difíceis.

A partir da análise de conteúdo das respostas dadas pelas perguntas norteadoras, foi possível extrair quatro categorias: 1) Espiritualidade como fonte de uma boa qualidade de vida; 2) A importância dos direitos básicos garantidos para uma boa qualidade de vida; 3) Alimentação como fator essencial de uma boa qualidade de vida; 4) Aposentadoria como recurso na qualidade de vida.

### 1) Espiritualidade como fonte de uma boa qualidade de vida.

O termo espiritualidade vem do latim “spiritus” que significa sopro, em referência ao sopro de vida. O termo traz questões a respeito do significado da vida e razão de viver, buscando relação com o sagrado ou o transcendente. Espiritualidade é uma expressão para designar a totalidade do ser humano enquanto sentido e vitalidade, por isso espiritualidade significa viver segundo a dinâmica profunda da vida. Com o avançar da idade, ocorrem outros fatores que fortalecem o apego a crenças, que são os

mecanismos de enfrentamento frente às perdas. Os idosos tendem a vivenciar mais eventos de perda, como os associados ao declínio da saúde física, ao afastamento do mercado de trabalho, alterações de papéis sociais, perda de amigos e pessoas da família, ou seja, eventos não controláveis, os quais, frequentemente, são enfrentados através de recursos religiosos e espirituais. O fenômeno da religiosidade tem sido alvo de diversas discussões e pesquisas nos mais variados campos científicos. No que se refere ao campo da saúde e, mais especificamente, ao da Psicologia, esse fenômeno encontrava-se, inicialmente, relacionado ao desenvolvimento de psicopatologias, tendo em vista que as doutrinas religiosas eram consideradas alienantes e repressoras da sexualidade (Almeida, 2009).

Sendo assim, no presente estudo, tinham pacientes que prontamente correlacionavam a sua qualidade de vida com a espiritualidade e então discorriam trazendo como estratégia de enfrentamento para as dificuldades da idade.

*"Deus me bota na prova mas nunca me deixou dormir um dia sem comer."*

*(Fátima, 64)*

Nesta fala de Fátima, percebe-se que a mesma coloca a espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento para as situações críticas da vida, e então podendo aumentar o senso de propósito e significado da vida. As crenças religiosas influenciam o modo como pessoas lidam com situações de estresse, sofrimento e problemas vitais, ou seja, a religiosidade pode proporcionar à pessoa maior aceitação, firmeza e adaptação e/ou enfrentamento a situações difíceis da vida, gerando paz, autoconfiança e perdão, e uma imagem positiva de si mesmo (MOREIRA; LOTUFO NETO, 2006). Acreditar em um ser superior, que escapa à percepção dos sentidos, em uma entidade protetora auxiliadora de momentos que podem gerar algum tipo de stress, pode constituir-se como uma experiência adaptativa (Silva, 2005). Também para Pinto e Pais-Ribeiro (2007), a espiritualidade apresenta-se como uma estratégia de coping, a forma como as pessoas utilizam a sua fé e as suas crenças pode ajudá-las a superar diversas situações, entre elas as menos positivas.

*"Então a gente vive e se Deus permitir que a gente viva cada dia então a gente tem que ir se aperfeiçoando, agradecendo e vivendo da forma melhor possível pra si e para os outros."* (Sônia, 75)

Podemos perceber neste trecho, Sônia colocando sua espiritualidade como algo permissivo para sua continuidade de vida e um dever de aperfeiçoamento. Por meio da espiritualidade, é atribuído sentido ao sofrimento, aliviando-o. Ao considerar a fé, a oração e a meditação como suportes para a continuidade da, percebe-se, inclusive, melhora nos sintomas e observa-se que com o adoecimento a fé foi intensificada.

*"Só tenho a agradecer a Deus por estar aqui" (Carlos, 79)*

Carlos relata na sua fala uma gratidão pela vida, com isso é ressaltado o sentido de valorização do tempo de vida que resta, demonstração de gratidão por cada dia a mais, esperança de permanecer mais tempo, demonstrando, no entanto, confiança e entrega para Deus. Por ter noção da sua finitude com a percepção de sua saúde atual, é demonstrada uma maior preocupação com os dias e a maior vontade de vivê-los.

*"Católica, muito católica, se eu perder uma missa dia de domingo a semana é toda acabada" (Madalena, 73)*

Relata-se acima uma paciente que valoriza suas atividades religiosas e esses aspectos qualitativos da reza e forma de rezar são variáveis que apresentaram maior efeito sobre a qualidade de vida, entendendo que a espiritualidade é uma fonte de qualidade de vida diante das circunstâncias atuais do sujeito apresentado.

*"Porque eu vejo tanta gente aí com 16 anos, 15 anos, 20 anos que já não viu mais esse mundo e eu com 66 só tenho a agradecer a Deus por estar aqui." (Carlos, 66)*

Carlos mostra na sua fala uma reverência a Deus por estar vivendo e compara até o que foi visto por ele e o que é visto atualmente pelos jovens. Com isso é possível identificar que a experiência de vida dos idosos permite-lhes atribuir um significado de reverência a Deus e a própria vida. Alguns estudos confirmam que o processo de envelhecer é

percebido pelo idoso como uma graça divina, um encontro espiritual e amadurecimento da existência do ser (FRUMI; CELICH, 2006).

*"Ai quer dizer, a qualidade de vida é essa que depois que melhorou de vida se livrou de mim, a mãe dela" (Tereza, 69)*

É visto na fala de Tereza, uma falta e tristeza pela falta da sua filha durante a vida. Nos alerta Silva e Alves (2007) que a gratidão pela vida, a deferência ao privilégio de conviver com familiares e a capacidade de perdoar são manifestações presentes entre os idosos mais velhos.

## 2) A importância dos direitos básicos para uma boa qualidade de vida.

Com o aumento da população idosa em todo mundo e também no Brasil, novos desafios surgem com o objetivo de estabelecer uma sociedade mais justa. Para isto, se faz necessário romper com alguns paradigmas que estão associados à fase da senescência. “O envelhecimento aparece associado a doenças e perdas, e é na maioria das vezes entendido como apenas um problema médico.” Schneider & Irigaray (2008). Essas marcações sociais influenciam na vivência do sujeito idoso da sua fase, a velhice nos dias atuais segue relacionada a um quadro patogênico, perda de autonomia, declínio, incapacidade aproximação da morte. Essas perspectivas negativas sobre a velhice são frutos de uma construção social ao longo do tempo, mesmo que atualmente existam diversas alternativas que atribuem qualidade de vida ao idoso, ainda permanece a associação da velhice a finitude. É importante ressaltar que o próprio conceito do que é velhice parte de uma construção cultural, que vai elencar os balizadores para o enquadramento do que é ser idoso. Dependendo da cultura que o sujeito estiver inserido, haverá uma mudança na leitura social e do próprio idoso sobre a velhice. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008)

Neste sentido da subjetividade individual de cada sujeito, em entrevista foi levantada a questão do que é ser idoso? Desta forma, os participantes narram:

*“Para mim ser idoso é assim... não é velhice, para mim ser idoso é a pessoa viver bem consigo mesmo, assim ter uma atividade bem equilibrada, saúde eu não digo, porque o Brasil é doente né! ” (Maura, 65)*

*“Para mim é uma dádiva, porque tantos já vieram antes de mim e já foram, parentes conhecidos amigos, aí as vezes eu me pergunto porque não eu? ” (Irene, 60)*

*“Só achei ruim porque o NPS até agora não, quer dizer, já paguei 23 anos, to muito doente, tenho artrose, tenho problema de cabeça” (Solange)*

Para Zimerman (2000), o ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam da dificuldade de adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa auto estima, auto-imagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, somatizações, paranóia, hipocondria, depressão (ZIMERMAN, 2000).

Apesar de geralmente o envelhecimento ser algo desconfortável, as experiências, contexto familiar, perspectiva de futuro, etc. podem fazer com que alguns idosos não sintam esse processo como algo doloroso e de difícil adaptação e sim como um processo natural do desenvolvimento. Para isso, se faz necessário um novo olhar sobre esta fase do desenvolvimento e uma mudança na perspectiva social sobre a velhice, deixando de vê-la como a proximidade da finitude e enxergando-a como uma fase do desenvolvimento com suas especificidades e possibilidades, visando a qualidade de vida. (NERI; SOUZA, 2014)

Organização Mundial de Saúde OMS, 2003 compreende sobre qualidade de vida, como a percepção que o indivíduo vai ter acerca da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores com os quais o sujeito vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 2003). Para isso, os entrevistados responderam a partir de sua percepção subjetiva que, qualidade de vida, estaria relacionada ao bem-estar, boa alimentação, moradia e ter seus direitos assegurados.

*“Para mim qualidade de vida é o meu bem-estar, se eu estou bem com minha saúde, se eu estou bem com minha alimentação, pra mim é o importante. ” (João)*

*“Eu acredito que seja ter uma vida digna de viver e sobreviver, ter uma moradia... com qualidade, mesmo sendo pobre, mas tenha seu dia a dia completo com o que a pessoa precisa. Alimentação, a saúde e tudo enfim que se relaciona ao ser humano de viver bem. ” (Marta)*

*“E para mim direito de vida é isso, ter o nosso direito, como é que se diz, se ta na lei se a lei existe então aquele direito ele tem que ser feito, tem que ser obedecido para com o idoso e para qualquer pessoa. ” (Irene, 60)*

É importante destacar que a qualidade de vida perpassa por um campo de mais de um sentido como traz Silva (2011), onde de um lado, está o modo de vida, suas condições e estilos; e do outro, ideias sobre o desenvolvimento sustentável e, os direitos humanos e sociais como consta no estatuto do idoso. Referente a estes campos, que se unem em uma resultante social de construção coletiva de padrões que buscam o conforto e a tolerância que determina a sociedade, estabelece (SILVA, 2011)

Desta forma, o estatuto do idoso, bem como a criação de dispositivos legais de amparo à pessoa idosa, como os que estão na Constituição Federal, constituindo diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso, são reflexo dessas mudanças de percepção acerca da população idosa, provendo possibilidades de cuidado atenção e bem-estar a este grupo, promovendo assim qualidade de vida. Sendo assim, conforme a Constituição Federal, o idoso é um sujeito de direitos, sendo impedida qualquer forma de discriminação por idade. Dessa forma, compete à família, à sociedade e ao Estado “[...] o dever de amparar o idoso, assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar, e garantir seu direito à vida”.

De acordo com o Estatuto do idoso, Lei nº10.741 de 2003, este deve assegurar os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Isso inclui a inserção na comunidade, na família e na sociedade de forma digna e respeitosa. Os direitos discriminados neste documento corroboram com a Política Nacional do Idoso que incluem a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Além disso, asseguram os direitos políticos constitucionais e os direitos sociais à educação, à saúde, ao lazer, ao trabalho, à moradia, à assistência social e à assistência aos idosos desamparados.

Fonseca e Gonçalves (2003) discorrem sobre os cinco princípios norteadores do Estatuto do Idoso e da Política Nacional do Idoso. São eles: a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, seu bem-estar e seu direito à vida; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e deve ser do conhecimento de todos; o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; o idoso é destinatário e o principal agente de mudanças sociais propostas; diferenças econômicas, sociais e geográficas devem ser levadas em conta na execução das transformações propostas.

Ao Estatuto do Idoso soma-se ainda cinco prioridades para o atendimento dessa população. São elas: o desenvolvimento de políticas e programas de assistência social para os que dela necessitem; serviços especiais de prevenção e atendimento a vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso e opressão, como a Delegacia do Idoso; fornece serviço de localização e identificação de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais ou instituições de longa permanência; conceder proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos; promover a mobilização da opinião pública que vise ampliar a participação social no atendimento ao idoso. Desta forma, o estatuto do idoso assegura e possibilita ao idoso, conforto e segurança perante as dificuldades existente nessa fase, assegurando-lhe suporte, conforto, para uma melhor qualidade de vida. (ESTATUTO DO IDOSO, 2013)

*“Ta me faltando muita, ta faltando, porque assim às vezes a gente não pode fazer o que quer, por conta da violência, às vezes a gente que sair só que tem muita violência e ai tem medo, ai fica faltando, e também na idade a gente precisa de uma companhia e eu não tenho” (Irene, 60)*

*“Minha qualidade de vida eu percebo assim, porque eu sou uma pessoa assim tem muitos problemas de saúde ... A minha qualidade de vida é essa a não ser que eu tivesse que eu fosse curada de todos os problemas de saúde, mas como pobre a minha qualidade de vida é essa ... Às vezes eu fico pensando meu Jesus quem era eu antigamente, eu gostava de fazer tanta coisa só, trabalhava, cuidava de casa dos meus filhos, eu fazia feira, compra para casa, e hoje eu não tenho mais condições de fazer isso. ” (Maura, 65)*

*“Pra mim é boa, eu não tenho ambição com minha qualidade de vida não. ” (João,84)*

*“Eu percebo assim, que a gente busca a qualidade de vida trabalhando, tendo uma situação financeira melhor...” (Solange, 74)*

*“Eu vivo bem... porque eu tenho saúde, tenho força pra trabalhar” (Marta, 62)*

*“Não muito boa, mas também não muito ruim.... Nunca uma qualidade de vida como eu gostaria de ter, eu gostaria de ter assim, um lanche na hora, uma fruta na hora, uma verdura na hora, assim, poder ir pra uma academia como a medica passou, pra a gente ter dinheiro, entendeu? Essas coisas, é difícil a qualidade de vida pro idoso aqui...” (Solange, 74)*

Mediante discussão é notória que há uma diferenciação do que é almejado e do que realmente existe, o real e o imaginário se contradizem ao perceber como é a qualidade de vida ideal e a qualidade de vida vivenciada pelos participantes.

### 3) Alimentação como fator essencial de uma boa qualidade de vida.

Cardoso, Souza, Rodrigues, Scmitz (2007), discorrem sobre o significado de alimentação como: “ato voluntário e consciente”, sendo influenciado por fatores sociais, sensoriais, culturais e afetivos. Sendo assim, a alimentação está relacionada as diversas formas que o sujeito realiza as práticas alimentares, que são associadas a quantidade, horário, local e o tipo do alimento ingerido. Influenciando assim, diretamente no processo bem-estar e qualidade de vida do sujeito, uma vez que, é no processo da ingestão do alimento que o indivíduo vai ter fontes de nutrientes necessárias para o seu desenvolvimento. No que concerne a qualidade de vida em idosos o tema alimentação é de suma importância para a prevenção e promoção de saúde, uma vez que, o risco de desnutrição nesse período da vida é alto, assim como doenças em decorrência da debilidade corporal se acentuam neste período da vida. (Vieira, Reis, Morais, Fernandes, Macdonald, 2012).

Sendo assim, a alimentação foi fator comum no que consistiu uma boa qualidade de vida para os idosos participantes, embora as respostas tenham caráter direcionado ao fator comer e ter o que comer, assim como a importância da qualidade da refeição ingerida como fatores determinantes para uma boa qualidade de vida os participantes narram:

*“Se eu estou bem com minha alimentação, pra mim é o importante.” (J.E)*

*“Comer muita verdura... é muito difícil você ter que ter uma dieta e não poder cumprir. No meu caso eu tenho que comer muita fruta, verdura, mas cadê o dinheiro?” (S.C)*

*“Se eu tenho minha alimentação certinha sem faltar nada, eu, pra mim já tá bom.” (J.E)*

*“Qualquer coisa que tiver de alimentação, a gente tem que levantar a cabeça e agradecer a Deus pelo o que tem.” (Maura, 65)*

*“Porque eu num tenho “pantinho” com alimentação, eu não gosto de alimentação é que eu vou comer aquilo sabendo que eu vou me prejudicar, com isso é que eu não concordo, tenho consciência. Se você vier com uma coisa gordurosa pra mim, eu não vou comer.” (J.E)*

Desta forma a alimentação assume papel de grande valia para a qualidade de vida das pessoas idosas, sendo imprescindível o suporte de uma boa alimentação voltada para a ingestão de nutrientes necessários para a prevenção e promoção de saúde.

#### 4) Aposentadoria como recurso na qualidade de vida.

A longevidade é uma conquista da humanidade e aconteceu devido a melhoria das condições de economia e saúde, que trouxeram um aumento na expectativa de vida em praticamente todo o mundo. Além disso, as novas tecnologias, os avanços do conhecimento sobre o processo de envelhecimento humano, as novas terapias, as dietas balanceadas, os programas de atividades físicas, as terapias ocupacionais e emocionais etc., têm proporcionado um envelhecer significativamente mais lento. Entretanto, apesar de conquista, a longevidade humana também é perpassada por vários desafios, tanto

devido as novas necessidades que a população idosa tem apresentado, quanto pelo fato de a sociedade idolatrar cada vez mais o novo, menosprezando a experiência dos mais velhos bem como tudo o que se refere a eles. (NERI; SOUZA, 2014).

De acordo com algumas pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), torna-se possível verificar que existem diversos fatores que permeiam a realidade do idoso nos dias atuais, tais quais: desigualdade socioeconômica muitas vezes provinda de aposentadoria compulsória e/ou inatividade no mercado de trabalho; a sociabilidade do idoso, que por sua vez inclui as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade e a possibilidade real de qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua sobrevivência; dentre outros.

Segundo o Governo Federal, Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que rege a aposentadoria, denomina que, a aposentadoria por idade é um benefício em decorrência do trabalhador comprovar o mínimo de cento e oitenta meses de trabalho, assim como, a idade mínima de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres. Desta forma, pode-se entender a aposentadoria como um direito de todo o trabalhador, que após cumprir seu tempo de trabalho seja ele por idade ou prestação de serviço, deixará de trabalhar ativamente para passar a última etapa de sua vida de maneira descansada e livre.

A aposentaria como fonte de promoção e prevenção de qualidade de vida, devido ao suporte financeiro que possibilita ao idoso a compra de medicamentos, alimentos, moradia, entre outros, subsídio essencial para a manutenção do seu bem-estar, mas diante dos relatos dos participantes, o envelhecimento e o direito ao conforto financeiro vem sendo pontos de difícil acesso como narra os respectivos.

*“Mesmo sendo pobre... eu percebo assim, que a gente busca a qualidade de vida trabalhando, tendo uma situação financeira melhor, de uma vida. ” (M.J)*

*“Eu vivo bem... porque eu tenho saúde, tenho força pra trabalhar. ” (M.C)*

*“Só achei ruim porque o NPS até agora não, quer dizer, já paguei 23 anos, to muito doente, tenho artrose, tenho problema de*

*cabeça e até agora eu boto, ele nega, eu vou de novo, boto pra dentro, ele nega e eu vou de novo...” (S.C)*

*“Mas como pobre a minha qualidade de vida é essa. ” (Maura, 65)*

Em decorrência da fala dos respectivos, fica evidente a importância do auxílio da previdência como fonte de qualidade de vida, uma vez que, é no manejo das finanças que o sujeito consegue adquirir os seus bens e “comprar” a sua qualidade de vida, pois é através do dinheiro que o sujeito o idoso irá conseguir medicamentos, alimentos, moradia, luz, água, para a manutenção da sua saúde, bem-estar melhorando desta forma na sua qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi constatado que a percepção dos idosos a respeito da sua qualidade de vida, está mais relacionada aos seus direitos básicos e recursos para se cuidar, espiritualidade como estratégia de enfrentamento para as adversidades da vida, alimentação como fator essencial de uma boa qualidade de vida e aposentadoria como recurso na qualidade de vida. Com isso, percebeu-se que os idosos neste momento da vida onde se encontram mais necessitados de cuidados, investem mais na saúde como forma de prazer e conforto e buscam apoio nas suas crenças colocando em prática sua ideologia de vida.

Além disso, é notada uma preocupação com sua saúde, especificamente com a alimentação, entendendo que através dela é possível ter mais disposição e uma vida saudável, mesmo que muitas vezes não seja possível ingerir o que é necessário. Juntamente à alimentação, é introduzido o fato da aposentadoria e os recursos que são necessários para se manter uma vida saudável com a alimentação e a compra de medicamentos solicitados e as dificuldades existentes para manter também esse controle.

Portanto, é necessário compreender que nesta fase da vida as pessoas estão mais fragilizadas, merecendo maior atenção da família e cuidadores. Então, trabalhar com percepção de qualidade de vida de idosos dentro de um ambulatório de saúde mental se faz necessário para aperceber as necessidades encontradas nessas pessoas para assim poder oferecer um melhor atendimento, que seja integralizado.

Não existe receita pronta, por isso a importância de estar sempre em contato com os idosos para que juntos possamos entender cada vez melhor essa fase da vida e desenvolver um melhor método de cuidado e para isso, pesquisas como essa ajudam a sociedade e outros profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

Alvarenga, L., Bitencourt, B. (2009). Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Rev. Esc. Enferm. USP*.

Arruda, B.; Cordone, R.; Souto, A.; Toldrá, R. (2014). Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais.

Arriera, I., Thofehrn, M., Milbrath, V., Schwonke, C., Cardoso, D., Fripp, J. (2017). O sentido da espiritualidade na transitoriedade da vida. *Esc Anna Nery* ;21:e20170012.

Biolchi, C., Portella, M., Colussi, E. (2014). Vida e velhice aos 100 anos de idade: percepções na fala dos idosos. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 583-598.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Lei nº 10. 741, 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. 2003.

Costa, F. (2012). Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *PUCRS*. Porto Alegre.

Fonseca, M.; Gonçalves, H. (2003). Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção.

Marques, R. Batich, M., Mendes, Á. (2003). Previdência social brasileira: um balanço da reforma. *São Paulo Perspec.* vol.17 no.1 São Paulo Jan./Mar.

Menezes. M., Tavares, E., Santos, D., Targueta, C., Prado, S. (2010). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 13:267-275.

Pereira, R. (2012). O enfrentamento das doenças crônicas em idosos institucionalizados na perspectiva da espiritualidade. UFPB/CE. João Pessoa.

Silva, L. (2011). Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representação sociais.

Schneider, R.; Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS DO TCC**

Nesta pesquisa foi constatado que ao ter um olhar mais cuidadoso com a qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de saúde mental de um hospital geral pode trazer maiores benefícios à vida dos mesmos, como é visto pelos estudantes do sétimo e oitavo período de psicologia ao estudarem o último ciclo da vida. Sendo então bastante relevante poder fazer este estudo e colher resultados significativos e perceber como reverbera nos pacientes de maneira reflexiva.

É percebido pelos pacientes entrevistados uma maior preocupação com seus direitos básicos como recurso para se cuidar objetivando ter uma melhor forma de lidar com seu corpo procurando atividades que estimule a autonomia, obtendo uma melhor alimentação, desfrutando de seus direitos como idosos ao ter sua aposentaria para obter medicamentos e outras coisas necessárias para se manter saudável e adquirindo estratégias de enfrentamento com sua espiritualidade.

Portanto, foi compreendido pelos pacientes quais são as vias necessárias para se ter uma boa qualidade de vida e mantê-la nesse estágio vivido por eles. Com isso, é proposto que, na implementação de ações que objetivem melhorar a qualidade de vida

do idoso, sejam consideradas as magnitudes e as diferenças de cada contexto sobre o que eles mesmos valorizam na busca do bem-estar na terceira idade.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, J. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>.

DALGALARRONDO, P., FLORIANO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr, 56(3): 162-170, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n3/a02v56n3>.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Editora UFPR. Disponível em: [http://www.fernandozaidan.com.br/pitagoras/occ\\_eti\\_t1/Material%20apoio/Entrevistas%20qualitativas.pdf](http://www.fernandozaidan.com.br/pitagoras/occ_eti_t1/Material%20apoio/Entrevistas%20qualitativas.pdf).

FONTANELLA, BJB et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>.

MENDES, M. (2005, fevereiro). A situação social do idoso no Brasil : uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6. Acesso em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4>.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. Pesquisa social – Teoria, método e criatividade. 27<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 2008. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>.

MOREIRA, M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. Rev. Bras. Estudos Pop. Brasília. 15(1). 1998. Acesso em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev\\_inf/vol15\\_n1\\_1998/vol15\\_n1\\_1998\\_5artigo\\_79\\_94.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol15_n1_1998/vol15_n1_1998_5artigo_79_94.pdf).

MOREIRA, R.; SANTOS, C.; COUTO; TEIXEIRA, J; SOUZA, R. (2013). Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Acesso em 20/05/2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17629/13128>.

PAVARINI, S.; MENDIONDO, M.; BARHAM Elizabeth Joan; VAROTO,V.; FILIZOLA, C.. **A arte de cuidar do idoso**: gerontologia como profissão? (2005). Acesso em 20/05/2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a11>.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54. Acesso em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

VERISSIMO, R. (2002). Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson. Acesso em 20/05/2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>.

## **ANEXO 1**

### **Lista de Checagem**

**Iniciais:** \_\_\_\_\_

#### **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Paciente acima de 60 anos

Paciente que deu início ao acompanhamento no ambulatório de saúde mental entre janeiro e junho de 2017

#### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Paciente incapaz de responder o questionário

Paciente não deu início ao acompanhamento no ambulatório de saúde mental entre janeiro e junho de 2017

#### **CONCLUSÃO**

ELEGÍVEL

NÃO ELEGÍVEL

**SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?**

- SIM           2.           NÃO

**ANEXO 2**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Faculdade Pernambucana de Saúde**

**TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Titulo: Qualidade de vida em idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa sobre a Qualidade de vida no processo de envelhecimento do idoso atendido no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

O objetivo desse projeto é identificar a percepção sobre a qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: primeiramente será aplicado um questionário sociodemográfico e em seguida será realizada uma entrevista que será gravada e transcrita posteriormente para melhor compreensão dos resultados obtidos.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** Existe um desconforto que poderá vir a ser acarretado decorrente da gravação. Contudo, para minimizar esse risco o termo de consentimento será lido pela pesquisadora juntamente com cada participante da pesquisa e as dúvidas serão esclarecidas a qualquer tempo que se fizerem necessárias. Caso seja identificado algum sinal de desconforto emocional, o participante poderá ser encaminhado para a preceptora responsável, psicóloga do setor e orientadora da pesquisa Michele de Gomes Tarquino. Podendo ser a entrevista interrompida pelo participante a qualquer momento. Outro provável risco é o gasto de tempo em participar da pesquisa, visto que os participantes estarão aguardando atendimento. Entretanto, os pesquisadores se certificarão de que isso não interfira ou atrapalhe o seu espaço de acompanhamento/tratamento com a equipe de saúde do setor.

Sobre os benefícios gerados, é por meio de pesquisas como estas, que a temática abordada ganha visibilidade e se torna possível pensar estratégias para a promoção da qualidade de vida de idosos, possibilitando com isso a criação de políticas públicas voltadas à prevenção. Além disso, essa pesquisa poderá possibilitar um espaço para refletir sobre as repercussões acerca da qualidade de vida de idosos com transtornos e assim pensar em possibilidades de melhor cuidar desse aspecto da vida.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

## DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Ana Manuela Lacet de Souza Santos e Karina de Oliveira Rosas certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Ana Manuela Lacet de Souza Santos através do telefone (81) 997747411 ou endereço Rua Casa Branca 247 apt 102, Imbirbeira ou

Karina de Oliveira Rosas através do telefone (81) 9991154798 ou endereço Rua Dois Irmãos, nº 960 ou a orientadora pela orientadora da pesquisa Michele Gomes Tarquino através do telefone (81) 99297-7367 ou pelo endereço Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira.

Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 4 e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

## **ANEXO 3**

### **CARTA DE ANUÊNCIA**

**Ilmo Sr.** \_\_\_\_\_

**Função**

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “Qualidade de vida em idosos atendidos no ambulatório de Saúde Mental de um Hospital Geral” coordenado pela pesquisadora Michele de Gomes Tarquino. Os objetivos da pesquisa são identificar a percepção sobre qualidade de vida de idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral, descrever o perfil sociodemográfico e compreender o que é qualidade de vida em idosos atendidos no ambulatório de saúde mental de um hospital geral.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, de de

---

Carimbo e Assinatura do pesquisador

( ) concordo com a solicitação      ( ) não concordo com a solicitação

---

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

#### **ANEXO 4**

#### **NORMAS DA REVISTA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE**

1. Os artigos deverão ser enviados ao editor, em formato word, letra times new roman tamanho 12, espaçamento duplo, por e-mail para [psicsaudedoenca@gmail.com](mailto:psicsaudedoenca@gmail.com). Se os artigos não forem enviados no formato exigido pela revista não serão considerados.
2. No corpo de e-mail deverá incluir, obrigatoriamente, o seguinte texto: “submetemos à apreciação da revista Psicologia, Saúde & Doenças o seguinte artigo:” Nome de todos os autores e título do artigo (segundo normas APA). Deverão pedir recibo de leitura, clicando no local apropriado do mail, para comprovar que o artigo chegou ao destino.

3. Submeter um artigo significa que ele ainda não foi publicado ou submetido para publicação, total ou parcialmente, e que enquanto durar o processo de apreciação não será submetido para publicação a qualquer outra revista. A nossa revista segue os procedimentos definidos nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals". Todos os artigos devem respeitar as regras éticas definidas nos códigos de ética da psicologia e das ciências da saúde. Quando a amostra é de pessoas portadoras de doença, a investigação deve satisfazer as exigências da Declaração de Helsinquia.

4. Por decisão da Direção da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, a partir de agora os custos de composição, aquisição de DOI e colocação dos artigos aceites para publicação em bases de dados internacionais devem ser, tanto quanto possível, suportados pela própria revista. Assim, vimo-nos constrangidos a cobrar aos autores uma taxa de 75,00€ por artigo. Deve pois, logo que o artigo seja aceite para publicação, proceder à transferência deste montante para o IBAN: 0018 0000 3725 9647 0014 2.

5. A revista *Psicologia, Saúde & Doenças* é publicada unicamente em formato digital e é de acesso livre, quer na página da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde quer na Scielo, na Redalyc ou outras.

6. A primeira página do artigo constituirá a página de título e deverá incluir: o título do artigo que não pode ter mais de 12 palavras, o título abreviado (running head) que não pode ter mais de 50 caracteres incluindo espaços, mais o nome do(s) autor(es) (sem título académico), local de trabalho, com departamento, instituição, código-postal, cidade e país e endereço de e-mail. O nome dos autores deverá incluir o primeiro nome mais o nome de família. No caso do autor de correspondência, deverá acrescentar-se a respectiva morada completa e telefone. Deverá ainda incluir o número de palavras total do artigo submetido.

7. Na segunda página deverá colocar, de novo, o título do artigo em Português e Inglês, um resumo em português e outro em inglês com entre 150 e 250 palavras cada:

Deverá apresentar entre 3 a 7 palavras-chave em português e inglês, seguido do texto do artigo, sem o nome ou morada institucional dos autores.

8. Psicologia, Saúde & Doenças publica três tipos de artigos: relatos de estudos empíricos, artigos de revisão, e artigos teóricos. Os do primeiro tipo são relatos de investigações originais. Os artigos de revisão constituem avaliações críticas de material que foi publicado anteriormente. Os artigos teóricos são trabalhos em que o autor propõe teorias com base em material já publicado. A diferença entre artigos teóricos e de revisão é que aqueles não apresentam informação sobre investigações, enquanto os artigos de revisão explicitam detalhadamente as investigações que apreciam criticamente. As revisões podem ser revisões integrativas, revisões narrativas, ou revisões sistemáticas, esta última seguindo os critérios PRISMA, ou Cochrane

9. Os artigos não deverão ultrapassar as 8000 palavras incluindo quadros e referências. As referências não deverão exceder as 40. Poderão ser exceção os artigos de revisão.

10. Para além dos artigos, serão publicadas comunicações breves, que são textos que não excedem 1500 palavras, mais um quadro e 12 referências. Serão publicadas cartas que constituam textos relacionados com estudos já publicados neste jornal.

11. A organização do texto e das referências, deverá seguir as recomendações da última edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA). Por exemplo, um artigo que seja um relato de investigação deverá conter as seguintes partes: uma introdução (a palavra introdução não deverá encimar esta parte do texto), Método que por sua vez inclui, por esta ordem, as subpartes, participantes (se utilizar animais deverá escrever sujeitos), material, procedimento, ou outras, mais, Resultados, Discussão, e Referências. Se houver lugar para agradecimentos a pessoas ou instituições estes deverão aparecer antes das referências. As referências deverão ser apostas por ordem alfabética, segundo as regras da APA, e deverão conter somente trabalhos citados no texto.

Os artigos publicados em revistas científicas que são paginadas em contínuo do primeiro ao último artigo do ano não necessitam do número da revista referente a esse ano. Por exemplo 8 (4), não deverá incluir (4). Deverá ser incluído o Digital Object Identifier (DOI), um código específico do artigo, dos artigos que o tenham (procurar DOI em <http://www.crossref.org/guestquery/>).

Exemplos:

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counselling & Development*, 73, 355-360. doi: 10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x.

Anderson, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behaviour research and health promotion* (pp. 22-35). Oxford, UK: Oxford University Press.

Pulkkinen, L., Kokkonen, M., & Makiho, A. (1998). Positive affectivity, self-mastery, and the sense of failure as predictors of self-assessed health. *European Psychologist*, 3,133-142. doi: 10.1027/1016-9040.3.2.113

Entre 3 e 7 autores

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., Harlow, T., & Bach, J. S. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204. doi: 10.1037//0022-3514.65.6.1190

Com mais de sete autores será

Miller, F. H., Choi, M. J., Angeli, L. L., Harland, A. A., Stamos, J. A., Thomas, S. T., . . . Rubin, L. H. (2009). Web site usability for the blind and low-vision user. *Technical Communication*, 57, 323-335.

Em que Rubin será o último autor

Estas referências correspondem no texto às seguintes citações: Snyder, 1995 ou (Snyder, 1995); Anderson (1988) ou (Anderson, 1988); Pulkkinen, Kokkonen, e Makiaho (1998), ou (Pulkkinen, Kokkonen, & Makiaho, 1998) que, a partir da segunda citação deverá ser (Pulkkinen, et al., 1998): o mesmo para Kernis, Cornell, Sun, Berry, Harlow, e Bach, (1993) ou (Kernis, Cornell, Sun, Berry, Harlow, & Bach, 1993). Com mais de seis autores logo na primeira indicação no texto deverá ser Miller, et al. (2009).

Todas as dúvidas deverão ser esclarecidas por consulta do manual de estilo da APA, incluindo a composição de quadros e figuras. É exceção a numeração. O manual APA apresenta os números em formato dos Estados Unidos da América, e a versão em Português deverá incluir a numeração em Português (p.ex. a correlação não é  $r = .43$ , é sim,  $r = 0,43$ : a média não é  $M = 1.70$  (DP = 0.19), mas sim,  $M = 1,70$  (DP = 0,19), exceto se o artigo estiver em inglês. Deverão ser utilizados somente dois dígitos à direita da vírgula com exceção para os valores de p.

Se os artigos não forem enviados no formato exigido pela revista não serão considerados.

12. A versão que nos é enviada será submetida a revisão por especialistas. Depois do manuscrito ter sido aceite para publicação, poderão ser pedidas correções ou esclarecimentos aos autores que, após terem sido incorporadas no texto pelo(s) autor(s), deverá ser de novo enviado ao jornal como referido em 2.

13. Mais esclarecimentos sobre aspetos técnicos da publicação podem ser encontrados em <https://www.apa.org/pubs/authors/manuscript-check.aspx>, com ressalva para as exceções referidas no penúltimo parágrafo da secção 11.

## APÊNDICE 1

### Questionário sociodemográfico autoaplicável

**TÍTULO DA PESQUISA:** QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS ATENDIDOS NO  
AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL DE UM HOSPITAL GERAL.

**Pesquisador** \_\_\_\_\_ **Local** \_\_\_\_\_

**Data da coleta de dados:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Dados Sociodemográficos</b>	
• Iniciais do participante:	
• Idade	
• Nacionalidade	
• Sexo	<ul style="list-style-type: none"><li>• ( ) Masculino</li><li>• ( ) Feminino</li><li>• ( ) Outro</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raça</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Branca</li> <li>• ( ) Preta</li> <li>• ( ) Parda</li> <li>• ( ) Indígena</li> <li>• ( ) Amarela</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado civil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Solteiro</li> <li>• ( ) Casado</li> <li>• ( ) Divorciado</li> <li>• ( ) Viúvo</li> <li>• ( ) União Estável</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ( ) Não</li> <li>• ( ) Sim</li> </ul> <p>Qual: _____</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridade:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anos de estudo:</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renda Familiar (em salários mínimos):</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de pessoas residentes no domicílio:</li> </ul>	

## APÊNDICE 2

### Entrevista

- O que é ser idoso para você?
- O que é qualidade de vida?
- Como você percebe sua qualidade de vida atual?