



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO

LUANA KAROLINE FERREIRA

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES EM JUIZ DE FORA-MG: UMA INVESTIGAÇÃO MISTA SEQUENCIAL

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Fernandes Filgueiras Meireles

Juiz de Fora

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO



LUANA KAROLINE FERREIRA

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES EM JUIZ DE FORA-MG: UMA INVESTIGAÇÃO MISTA SEQUENCIAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Luana Karoline Ferreira.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Juliana Fernandes Filgueiras Meireles

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira, Luana Karoline.
Relação entre qualidade de vida e estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG : Uma investigação mista sequencial / Luana Karoline Ferreira. -- 2019.

196 f.

Orientadora: Maria Elisa Caputo Ferreira
Coorientadora: Juliana Fernandes Figueiras Meireles
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Envelhecimento. 2. Qualidade de Vida. 3. Estilo de Vida. 4. Idosos. I. Caputo Ferreira, Maria Elisa, orient. II. Fernandes Figueiras Meireles, Juliana, coorient. III. Título.

2019

Luana Karoline Ferreira

**RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS
RESIDENTES EM JUIZ DE FORA-MG: UMA INVESTIGAÇÃO MISTA
SEQUENCIAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Luana Karoline Ferreira.

Dissertação defendida e aprovada no dia vinte e dois de fevereiro de dois mil e dezenove, pela banca constituída por:

Orientadora: Profa. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro titular: Profa. Dra. Claudia Helena Cerqueira Mármora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro titular: Profa. Dra. Ana Carolina Soares Amaral
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi concebido com o apoio de diversas pessoas. Desse modo, gostaria de expressar o meu reconhecimento a todos que me auxiliaram ao longo desta pesquisa.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Maria Elisa, um ser humano exemplar, comprometido com a ética e formação dos seus orientandos. Obrigada por ter me concedido essa oportunidade, me inserido na pesquisa científica, confiado no meu trabalho e me conduzido com todo carinho até aqui.

À Juliana, que foi mais que uma coorientadora, participando do início, meio e fim desta pesquisa. Obrigada pelas leituras, sugestões, ideias, dedicação, paciência, por compartilhar experiências e por ter me ensinado tanto ao longo desta jornada.

Aos meus pais, por acreditarem em mim e me apoiarem incondicionalmente, oferecendo suporte e me dando toda a segurança necessária para que eu pudesse seguir meus sonhos e objetivos de vida.

À minha irmã, Alessandra, por ter sido uma grande companheira nos últimos anos e um grande exemplo de força, honestidade e perseverança durante toda à minha vida.

Ao meu sobrinho João, que desde o seu nascimento redefiniu todo o significado da palavra amor e, que mesmo com toda a sua ingenuidade, me acompanhou durante esses dois anos e me proporcionou momentos felizes, tornando a minha vida mais leve.

Aos amigos do LABESC, pela troca de experiências e de ideias.

À Juliana Lourenço por se prontificar em ajudar na coleta de dados.

Às amigas Lídia e Tassi, pela ajuda na coleta e pela amizade durante todo o processo.

Às bolsistas Letícia e Mariana, por prontamente terem me auxiliado nas transcrições das entrevistas.

Em especial, meu muito obrigada à querida amiga Rosana, por todo auxílio durante as coletas. Muito obrigada por ter me acompanhado e auxiliado tanto nessa etapa, por ter tratado o meu trabalho como se fosse o seu trabalho e feito tudo com tanto carinho e disponibilidade.

Às amigas Luane e Erica. Amigas que ganhei durante o curso e que tornaram essa jornada menos solitária. Obrigada pelas risadas e companheirismo em momentos difíceis desse processo.

Ao meu grande amigo de longa data Lucas, por ter realizado a revisão do meu texto e por ter ficado por perto nos últimos meses ouvindo minhas angústias, medos e inseguranças.

Às amigas Aline, Nathy, Mila e Fernanda que mesmo longe estiveram presentes nos últimos dois anos. Obrigada por toda atenção em momentos difíceis e por ouvirem meus desabaços. Em especial, agradeço à Aline, pelas trocas relacionadas ao campo da psicologia que certamente contribuíram com as ideias desenvolvidas nesta pesquisa.

Aos idosos que doaram uma parte do seu tempo e que tornaram este trabalho possível. Meu muito obrigada àqueles que abriram a porta de suas casas para me receber, dividiram suas histórias, angústias e que deram voz à presente dissertação.

Aos professores Pedro Henrique Berbert Carvalho, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov e Lucilene Ferreira que prontamente aceitaram o convite de contribuir com esta pesquisa.

Às professoras Claudia Helena Cerqueira Mármora e Ana Carolina Soares Amaral. Obrigada por gentilmente aceitarem participar da banca, contribuindo com o engrandecimento deste trabalho.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFJF que contribuíram com a minha formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente com essa pesquisa, o meu muito obrigada!

RESUMO

O aumento da população idosa trouxe a necessidade de compreender os aspectos que influenciam na percepção da qualidade de vida dessa população. Sabe-se que comportamentos adotados como estilo de vida podem influenciar diretamente a forma como esses indivíduos vivenciam a velhice. **Objetivo:** Investigar a qualidade de vida e o estilo de vida de idosos residentes do município de Juiz de Fora - MG. **Método:** Essa investigação foi dividida em dois estudos. Participaram da primeira etapa, 383 idosos de ambos os sexos com mais de 60 anos. Foi aplicado o *Medical Outcome Study 36- item Short Form* (SF-36), um questionário sociodemográfico e outro socioeconômico. Em seguida, foram realizadas análises descritivas e comparativas. Posteriormente, idosos com maiores e menores pontuações no Componente Físico Sumarizado (CFS) e no Componente Mental Sumarizado (CMS) foram selecionados para a Etapa 2. Assim, na segunda etapa, 32 idosos responderam uma entrevista semiestruturada referente à cinco componentes do estilo de vida, a saber: comportamento preventivo, fator nutricional, atividade física, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, passando posteriormente pela análise de conteúdo categorial. **Resultados:** Em relação à Etapa 1, os homens apresentaram melhores médias de qualidade de vida do que as mulheres. A prática de exercícios e a ingestão de bebidas alcoólicas, também demonstraram estar relacionadas à melhores médias de qualidade de vida. Por outro lado, o IMC, o maior número de doenças diagnosticadas, a situação socioeconômica e o avanço da idade pareceram afetar negativamente a avaliação da qualidade de vida dessa população. Na Etapa 2, observou-se que os participantes com as maiores pontuações adotavam tanto estratégias curativas quanto estratégias que evitavam o surgimento das doenças. Em relação ao fator nutricional, notou-se que muitos idosos com uma baixa avaliação da qualidade de vida consideraram não ter uma alimentação saudável, citando as dificuldades encontradas para tal. No que diz respeito à prática de exercícios, a maioria dos inativos fisicamente pertencia à grupos que representavam as menores pontuação nos componentes do SF-36. Em relação à qualidade dos relacionamentos, idosos com melhores pontuações na avaliação da qualidade de vida relatavam bons relacionamentos, enquanto os participantes com as piores pontuações demonstraram maior tendência à conflitos familiares. Quanto ao controle do estresse, os idosos com as maiores pontuações de qualidade de vida demonstraram ter uma melhor capacidade de lidar com situações estressoras, ao contrário daqueles com pontuações mais baixas. **Considerações finais:** O estilo de vida demonstrou influenciar a percepção da qualidade de vida dos idosos. Além disso, existem importantes particularidades envolvidas no estilo de vida dos idosos que devem ser consideradas na elaboração de políticas públicas e de condutas voltadas para essa população. **Palavras-chave:** Envelhecimento, qualidade de vida, estilo de vida, idosos.

ABSTRACT

The increase in the elderly population brought the need to understand the aspects that influence the perception of the quality of life of this population. It is known that behaviors adopted as lifestyle can directly influence the way these individuals experience their old age. **Objective:** To investigate the quality of life and lifestyle of elderly residents of the municipality of Juiz de Fora in Minas Gerais. **Method:** This research was divided in two studies. 383 elderly people of both sexes over 60 years old participated on the First Step. The Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36) was applied, with a sociodemographic and socioeconomic questionnaire. Descriptive and comparative analyzes were then performed. Subsequently, elderly individuals with higher and lower results, on the Summarized Physical Component (CFS) and the Summarized Mental Component (CMS), were selected for the Second Step. Thus, in this second study, 32 elderly people answered a semi-structured interview regarding the five components of lifestyle, namely: preventive behavior, nutritional factor, physical activity, quality of relationships and stress control. The interview was recorded and entirely transcribed, the categorical content analysis was performed. **Results:** In relation to Stage 1, men presented better quality of life than women. The practice of exercise and the ingestion of alcoholic beverages have also been shown to be related to better quality of life averages. On the other hand, the BMI, the greatest number of diagnosed diseases, socioeconomic situation and age advancement seemed to negatively affect the evaluation of the quality of life of this population. In Stage 2, it was observed that the participants with higher scores adopted strategies and curative strategies that avoided or delayed the appearance of the diseases. Regarding the nutritional factor, it was noticed that elderly people with a low quality of life assessment did not consider having a healthy diet, telling the difficulties encountered to do so. About physical exercises, among those who declared themselves inactive, the majority belonged to the groups that represented the lowest scores on the SF-36 components. Regarding the quality of the relationships, the elderly with high score in assessing the quality of life reported, good relationships, while the participants with the lowest scores showed a greater tendency to present family conflicts. As for stress management, the elderly with the highest quality of life scores were shown to be better able to deal with stressful situations while those with lower scores sought to avoid or reported having no strategies to deal with conflicting situations. **Final considerations:** Lifestyle has been shown to be an important factor influencing the perception of the quality of life of the elderly. Moreover, was possible to observe that, there are important peculiarities involved in the lifestyle of the elderly that must be considered in the elaboration of public policies and behaviors directed to this population.

Keywords: Aging, quality of life, lifestyle, elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AIM S2	<i>Arthritis Impact Measurement Scales 2</i>
CFS	Componente Físico Sumarizado
CMS	Componente Mental Sumarizado
DP	Desvio padrão
EQ-5D	<i>EuroQol-5</i>
FAO	<i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i>
g	Gramas
G	Grupo
HAQ	<i>Health Assessment Questionnaire</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
mg/dl	Miligrama por decilitro
MPAC	Melhor pontuação em ambos os componentes
MPCF	Melhor pontuação no componente físico
MPCM	Melhor pontuação no componente mental
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
p	P valor
PEVI	Perfil de Estilo de Vida Individual
PPAC	Pior pontuação em ambos os componentes
PPCF	Pior pontuação no componente físico
PPCM	Pior pontuação no componente mental
SF-36	<i>Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36)</i>
SF-12	<i>Medical Outcome Study 12-item Short Form (SF-12)</i>
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Frequência relativa e absoluta de idosos por região de Juiz de Fora.....	62
TABELA 2	Frequência relativa e absoluta de idosos quanto as características descritivas.....	63
TABELA 3	Análise descritiva das dimensões do SF-36.....	66
TABELA 4	Teste de <i>Mann-Whitney</i> comparando a qualidade de vida entre o sexo, a condição de moradia, a prática de exercícios, a ingestão de álcool e o tabagismo.....	68
TABELA 5	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> comparando a qualidade de vida entre a faixa etária, o estado civil, o IMC, o número de comorbidades, a situação de trabalho, frequência da ingestão de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico e classificação socioeconômica.....	71

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Descrição dos participantes que obtiveram as melhores pontuações em ambos os componentes (G1-MPAC)	83
QUADRO 2	Descrição dos participantes que obtiveram as melhores pontuações no CFS (G2-MPCFS)	83
QUADRO 3	Descrição dos participantes que obtiveram as maiores do CMS (G3-MPCMS)	84
QUADRO 4	Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações em ambos os componentes (G4-PPAC)	85
QUADRO 5	Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações no CFS (G5-PPCFS)	86
QUADRO 6	Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações em ambos os componentes (G6-PPAC)	86
QUADRO 7	Disposição dos entrevistados dentre as categorias do comportamento preventivo	90
QUADRO 8	Disposição dos entrevistados dentre as categorias do fator nutricional	104
QUADRO 9	Disposição dos entrevistados dentre as categorias de exercício físico	119
QUADRO 10	Modalidades de exercícios praticados pelos idosos entrevistados	121
QUADRO 11	Disposição dos entrevistados dentre as categorias da qualidade dos relacionamentos	134
QUADRO 12	Disposição dos entrevistados dentre as categorias do controle de estresse ..	147

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Resumo das categorias e subcategorias encontradas por componentes do estilo de vida	88
FIGURA 2	Categorias identificadas no componente de comportamento preventivo.....	89
FIGURA 3	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas ao Tratamento e diagnóstico de doenças	92
FIGURA 4	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas aos comportamentos para evitar doenças	97
FIGURA 5	Categorias identificadas no componente de fator nutricional	103
FIGURA 6	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram ter uma alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos	105
FIGURA 7	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram ter uma alimentação saudável baseada na moderação e disciplina.....	110
FIGURA 8	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram não se alimentar de forma saudável.....	114
FIGURA 9	Categorias identificadas no componente de exercícios físicos	118
FIGURA 10	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram benefícios com a prática de exercícios.....	124
FIGURA 11	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram não praticar exercícios	128
FIGURA 12	Categorias identificadas no componente de qualidade dos relacionamentos.	133
FIGURA 13	Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram convívio com amigos e participação em centros convivência.....	141
FIGURA 14	Categorias identificadas no componente de controle do estresse.....	146

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética.....	186
ANEXO II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 1.....	188
ANEXO III	Novo Critério de Classificação Econômica Brasil	189
ANEXO IV	<i>Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36)</i>	190
ANEXO V	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2.....	193

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I	Questionário Sociodemográfico.....	194
APÊNDICE II	Entrevista Semiestruturada.....	196

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
OBJETIVO	21
OBJETIVO GERAL	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
CÁPÍTULO 1: REFERÊNCIAL TEÓRICO	22
1.1. ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO	22
1.1.1. Envelhecimento biológico	25
1.1.2. Envelhecimento psicológico	28
1.1.3. Envelhecimento social	30
1.2. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO	32
1.3. ESTILO DE VIDA E ENVELHECIMENTO	36
1.3.1. Comportamento preventivo	37
1.3.2. Fator nutricional	39
1.3.3. Exercícios físicos	42
1.3.4. Qualidade dos relacionamentos	43
1.3.5. Controle de estresse	44
1.4. RELAÇÃO ENTRE ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS	49
CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	53
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	53
2.2. ASPECTOS ÉTICOS	54
2.3. ETAPA I	54
2.3.1. População e amostra	54
2.3.2. Critérios de inclusão	55
2.3.3. Critérios de exclusão	55
2.3.4. Questionários e instrumentos utilizados	55
2.3.4.1. Questionário sociodemográfico.....	55
2.3.4.2. Critério de Classificação Econômica Brasil.....	56
2.3.4.3. <i>Medical Outcome Study 36-item Short Form (SF-36)</i>	56
2.3.5. Procedimento de coleta de dados	57
2.3.6. Análise dos dados	57

2.4. ETAPA 2.....	58
2.4.1. População e amostra.....	58
2.4.2. Critérios de inclusão.....	59
2.4.3. Critérios de exclusão.....	59
2.4.4. Questionários e instrumentos utilizados.....	60
2.4.4.1. Entrevista semiestruturada.....	60
2.4.5. Procedimentos de coletas de dados.....	60
2.4.6. Análise dos dados.....	60
CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO – ETAPA 1.....	62
3.1. RESULTADOS.....	62
3.2. DISCUSSÃO.....	73
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO – ETAPA 2.....	81
4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	81
4.1.1. Participantes com as maiores pontuações.....	82
4.1.2. Participantes com as menores pontuações	85
4.2. CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS.....	87
4.2.1. Comportamentos preventivo.....	89
4.2.1.1. Tratamento e diagnóstico de doenças.....	91
4.2.1.2. Adoção de comportamentos para evitar doenças.....	96
4.2.1.3. Sem comportamentos para evitar doenças	100
4.2.2. Fator nutricional.....	102
4.2.2.1. Alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos.....	104
4.2.2.2. Alimentação saudável baseada na moderação e disciplina.....	110
4.2.2.3. Alimentação não saudável.....	113
4.2.3. Exercícios físicos.....	118
4.2.3.1. Prática de exercícios físicos.....	120
4.2.3.2. Percepção de benefícios da prática de exercícios.....	124
4.2.3.3. Dificuldades para praticar exercícios.....	127
4.2.4. Qualidade dos relacionamentos.....	132
4.2.4.1. Convívio familiar bom.....	134
4.2.4.2. Convívio familiar ruim.....	138
4.2.4.3. Convívio com amigos e participação em centros de convivência.....	140

4.2.5. Controle do estresse.....	145
4.2.5.1. Evitam o problema ou se isolam.....	148
4.2.5.2. Buscam refletir para dominar a situação.....	151
4.2.5.3. Buscam por apoio.....	152
4.2.5.4. Não buscam controlar	154
2.2.5.5. Relataram não apresentar problemas.....	156
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS.....	163
ANEXOS.....	186
APÊNDICES.....	194

INRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em várias partes do mundo. Esse fato pode ser percebido por meio do aumento da participação de idosos em relação ao número total de habitantes de diversos países. Assim, quando a taxa de crescimento de pessoas idosas se mantém acima das taxas dos indivíduos mais jovens por um longo período, ocorre o envelhecimento populacional (Camarano & Kanso, 2016). É nesse cenário que o Brasil vem construindo uma nova realidade nos últimos 50 anos. Além do rápido crescimento da população idosa, observa-se uma sociedade composta por mais mulheres e menos crianças e jovens (Herédia, Lorenzi, & Ferla, 2007).

No Brasil, a população com 60 anos ou mais atinge 19,6 milhões de pessoas, podendo chegar a 41,5 milhões em 2030. Esse quadro se deve à queda da taxa de fecundidade e à redução da mortalidade em todas as faixas etárias (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, 2015). Na cidade de Juiz de Fora o cenário não é diferente. De acordo com o último censo, realizado em 2010, este município já havia alcançado 516.247 habitantes. Destes, 70.288 se encontravam acima dos 60 anos, fazendo do município o terceiro do estado de Minas Gerais com a maior concentração de idosos (IBGE, 2010). Nessa perspectiva, estimativas populacionais divulgadas pelo IBGE em 2017, demonstraram que a cidade apresentou 9,2% de crescimento populacional, alcançando 563.769 habitantes (IBGE, 2017). Desse modo, apesar de não existirem estimativas atuais específicas para cada faixa etária, sabe-se pelos dois últimos censos (2000 – 2010), que a população idosa foi a que obteve o maior índice de crescimento no município (cerca de 45%) (Universidade Federal de Juiz de Fora — UFJF, 2012).

Nesse seguimento, o crescimento populacional, muitas vezes, não vem acompanhado de condições sociais e não é apoiado por políticas que assegurem boas condições de vida para a população idosa (Herédia et al., 2007). Ferreira e Simões (2011) ressaltam que uma pirâmide social desequilibrada pode acarretar consequências negativas para a sociedade, caso o poder público não elabore soluções para problemas básicos como saúde, moradia, alimentação, emprego e, também, a criação de novas políticas públicas para os idosos, garantindo uma vida mais digna na velhice.

O envelhecimento é um processo contínuo, inerente à condição humana. Esse fenômeno ocorre desde o nascimento e cada indivíduo o vivencia de maneira distinta. Envolve tanto o declínio das funções biológicas como também leva a modificações biopsicossociais

importantes (Graeff, 2014; Schneider & Irigaray, 2008). No âmbito biológico, é caracterizado pelas alterações na capacidade funcional do indivíduo decorrente do declínio natural das funções orgânicas. Do ponto de vista neuropsicológico podem ocorrer modificações, tais como lentidão no processamento cognitivo, redução da atenção, maior dificuldade no resgate das informações, alterações na memória, dentre outros (Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

De acordo Schneider & Irigaray (2008), na velhice podem ser recorrentes pensamentos em relação à condição de idoso. Esses pensamentos podem variar de acordo com as perdas biológicas e os marcadores sociais e culturais existentes na vida do indivíduo. Nesse sentido, os idosos vivenciam no dia a dia mudanças no seu papel social, podendo ou não adotar comportamentos esperados pela sociedade. Esses papéis são determinados no decorrer das gerações e variam de acordo com o local, gênero, classe social e cultura. A redução salarial, a aposentadoria e, muitas vezes, a atribuição do rótulo de “inativo” e “improdutivo”, são exemplos de modificações sociais que ocorrem na velhice e afetam diretamente a vida do idoso (Schneider & Irigaray, 2008).

A transição demográfica trouxe diversas mudanças nos padrões de saúde do Brasil e do mundo. Ao envelhecer, o equilíbrio emocional, a boa saúde, os hábitos saudáveis, o lazer e a espiritualidade são fatores que estão associados à qualidade de vida (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente 2005). A qualidade de vida, por sua vez, é um conceito que envolve não só a saúde física, mas também o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais, além de um sistema de valores que envolvem metas, expectativas, padrões e preocupações (Seidl & Zannon, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), a qualidade de vida se relaciona diretamente ao estilo de vida, o qual pode ser definido como um conjunto de hábitos, escolhas e costumes vivenciados pelos indivíduos ao longo da sua existência. Envolve, portanto, alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos, baixa ingestão de bebidas alcoólicas, ausência de tabagismo e controle do estresse, além da manutenção das relações familiares, sociais e vivência da espiritualidade. Deste modo, o estilo de vida influencia tanto na maneira como as pessoas envelhecem quanto na forma em que elas vivenciam a velhice (OMS, 2005).

Sendo assim, o aumento da expectativa de vida traz aos governantes o dever de comprometimento com a população idosa. Espera-se que o poder público cumpra seu papel de apresentar novas demandas por serviços, benefícios e cuidados no âmbito social, da saúde e na produção de conhecimento sobre o envelhecimento humano (Ferreira & Simões, 2011). Portanto, o envelhecimento populacional acelerado carrega muitos desafios, em especial para o Brasil. Estudos que colaborem para compreensão dos fatores envolvidos no envelhecimento

humano são de grande importância. Além disso, pesquisas com este público pode trazer melhores esclarecimentos sobre o estilo de vida recomendado para a população idosa.

Nessa perspectiva, esse estudo busca investigar a qualidade de vida e compreender melhor os aspectos que marcam o estilo de vida da referida população. Para alcançar tal objetivo, foi utilizado o método misto sequencial, buscando investigar esses construtos através de uma etapa quantitativa e outra qualitativa. É importante ressaltar a escassez de trabalhos qualitativos na literatura que buscam descrever as particularidades do estilo de vida de acordo com a percepção de qualidade de vida desse público.

É importante reconhecer que não existe um estilo de vida ideal, indicado para todas as pessoas. O que torna certas formas e modos de vida mais atraentes, viáveis e adequados são a cultura, a estrutura familiar, a idade, a capacidade física e os ambientes doméstico e de trabalho (World Health Organization — WHO, 1998). Este fato traz a necessidade de pesquisas que buscam descrever de forma mais aprofundada o estilo de vida adotado por essa população. Por isso, o presente trabalho pretende auxiliar o preenchimento das lacunas científicas apontadas, colaborando com a melhor compreensão dessa temática e contribuindo para a elaboração de intervenções, políticas públicas e recomendações que estejam mais próximas à realidade dos idosos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Investigar a qualidade e o estilo de vida de idosos residentes de Juiz de Fora- MG.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Investigar a percepção da qualidade de vida de pessoas idosas e relacioná-la ao sexo, faixa etária, situações de trabalho e moradia, estado civil, Índice de Massa Corporal (IMC), comorbidades, consumo de álcool, tabagismo, prática de exercícios físicos e nível socioeconômico.

Descrever o estilo de vida dos idosos que pontuaram os maiores e menores índices de percepção de qualidade de vida.

CAPÍTULO 1: REFERÊNCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta a teoria que fundamenta a presente pesquisa e foi dividido em três subtópicos. No primeiro, procurou-se discutir os principais pontos que permeiam o estudo sobre o envelhecimento, bem como seu conceito, termos a ele relacionados e desdobramentos do fenômeno. No segundo, apresentou-se o conceito de qualidade de vida e as particularidades desse construto na velhice. Por fim, abordou-se o conceito de estilo de vida, assim como os componentes desse construto que serão investigados nesta dissertação.

1.1 ABORDAGENS SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é compreendido como um processo contínuo que pode ser observado no decorrer de todas as fases do desenvolvimento humano, ou seja, ele é uma realidade que está presente do início ao fim da vida (Papaléo Netto, 2016). A velhice, no que lhe concerne, pode ser vista como um prolongamento da vida e a última etapa do envelhecer (Beauvoir, 1970). Ela geralmente é marcada por alterações na capacidade funcional e de trabalho, pela calvície e pelas perdas motoras, psicológicas e afetivas. Nesse seguimento, mudanças nos papéis sociais também são vivenciadas pelos idosos, portanto, visto a complexidade dessa fase, a compreensão do significado de “velhice” e de “idoso” também são importantes para o melhor entendimento do processo de envelhecer (Papaléo Netto, 2016).

De acordo com Silva (2008), na sociedade pré-industrial, as crianças não eram separadas do mundo dos adultos e, sendo assim, também não havia uma divisão das etapas da vida e, conseqüentemente, da noção de velhice. A fragmentação etária se iniciou no ocidente a partir do século XI. Isso se deu em decorrência de importantes mudanças na economia mundial. Dessa forma, começou a ocorrer a classificação da segmentação do curso da vida, fazendo com que, gradativamente, fosse observada a diferenciação entre as idades, funções, hábitos e espaços relacionados a cada grupo etário (Silva, 2008).

Ao longo da história, muitos foram os nomes utilizados para se referir aos indivíduos que vivenciavam a velhice. Na França do século XIX, as expressões “velho” (“vieux”) e “velhote” (“viellard”) eram utilizadas para se referir àqueles indivíduos pobres, com idades mais avançadas. Já o termo “idoso” (“personne âgée”) era utilizado para aquelas pessoas que

possuíam certo status social. No Brasil, o processo foi semelhante. Antes da década de 60, as pessoas com maior expectativa de vida eram denominadas como velhas (Peixoto 2006). Atualmente, o termo “idoso” e “terceira idade” são os mais utilizados para designar esses indivíduos com idades superiores a 60 anos.

De acordo com Birren e Schroots (1996), o envelhecimento pode ser compreendido em três subdivisões: primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é geneticamente estabelecido e pré-determinado (Papaléo Netto, 2016). Ele também é chamado de envelhecimento normal ou senescência e ocorre de forma gradual e progressiva no organismo. Esse estágio é influenciado por diferentes fatores como o estilo de vida, o nível e as características socioeconômicas (Birren & Schroots, 1996). Dessa forma, entende-se o envelhecimento primário como uma circunstância inevitável, que ocorre com todos os seres vivos, como consequência de fatores comportamentais e sociais.

O envelhecimento secundário também pode ser chamado de envelhecimento patológico (Birren & Schroots, 1996). Para esses autores, algumas doenças desenvolvidas pelos indivíduos são adquiridas como consequência do seu estilo de vida e não podem ser confundidas com patologias decorrentes do envelhecimento normal. Para Papaléo Netto (2016), esse processo é resultante de fatores cronológicos, geográficos e culturais. Portanto, as doenças ocorrentes são aquelas resultantes de fatores de exposição ou comportamento de risco como a alimentação deficiente, a inatividade física, o tabagismo, dentre outros.

Por fim, temos o envelhecimento terciário, o qual diz respeito ao declínio terminal durante a velhice avançada. Nessa etapa, ocorrem profundas perdas físicas e cognitivas irreversíveis decorrentes do acúmulo dos efeitos do envelhecimento e das doenças desenvolvidas pela idade (Birren & Schroots, 1996).

A necessidade da cronologização da vida surgiu sob a perspectiva da transição de uma economia baseada na unidade de trabalho doméstico para uma economia baseada no mercado de trabalho (Debert, 1999). Nesse sentido, as fronteiras etárias se tornaram importantes fatores de organização social (Minayo & Coimbra Jr, 2002). Assim, para classificar aquele que vivencia a velhice, pode ser utilizado o critério de idade. Schaie e Willis (1996) dividem os idosos em três grupos: os “velhos-jovens”, os “velhos” e os “velhos-velhos”. Os “velhos-jovens” compreendem idosos com idades entre 60 a 75 - 80 anos, os quais, geralmente, são idosos autônomos. Os “velhos” são aquelas pessoas com idades que variam de 75 - 80 até os 90 anos e já apresentam algum tipo de fragilidade física, que pode ser maior ou menor, dependendo do suporte social que o indivíduo possui. Já os “velhos-velhos” se encontram acima dos 90 anos e já necessitam de maior apoio familiar, emocional e físico.

A legislação brasileira também utiliza a idade para delimitar o sujeito idoso. A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003) consideram idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Já a OMS (2005) classifica essa população de acordo com o nível socioeconômico do país de origem. Em países desenvolvidos são considerados idosos indivíduos acima dos 65 anos e, em países subdesenvolvidos, aqueles com idade superior a 60 anos.

Apesar de, muitas vezes, a idade cronológica ser a mais utilizada, ela não é a única. O processo de envelhecer envolve diversos fatores que vão muito além dos marcadores cronológicos (Farinatti, 2008). Dessa forma, também é possível trabalhar com a perspectiva de idade biológica, social e psicológica. De acordo com Schneider e Irigaray (2008), a idade biológica define as modificações corporais e mentais decorrentes do envelhecimento e, também, o potencial de cada indivíduo de se manter vivo, o qual vai reduzindo ao longo do tempo. A idade social é aquela que se refere às expectativas em relação ao papel social que os indivíduos de uma mesma idade desempenham dentro de uma cultura. Ou seja, refere-se à sintonia entre o comportamento e a faixa etária do indivíduo. Por isso, espera-se que cada faixa etária carregue características sociais, tais como: vestimentas, linguagem e hábitos (Schneider & Irigaray, 2008). Segundo Papaléo Netto (2016), a idade do ponto de vista psicológico pode ter dois sentidos. O primeiro deles refere-se à relação existente entre a idade cronológica e as capacidades do indivíduo relacionadas a fatores como a memória, a percepção e a aprendizagem. Estas demonstram o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Por outro lado, a idade psicológica pode ser vista como o senso subjetivo que cada pessoa tem sobre sua idade, ou seja, como o indivíduo avalia a presença de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento (Papaléo Netto, 2016).

Como é possível perceber, o envelhecimento traz consigo limitações biopsicossociais. Para Paschoal (2016), essas limitações podem ocorrer em graus distintos, sendo influenciadas pela história de vida do indivíduo e do seu modo de perceber o envelhecer. Ele também relata que cada indivíduo vivencia esse fenômeno de uma forma diferente e única. Portanto, a maneira de lidar com o envelhecimento é produto de um complexo sistema de elementos que envolvem valores, crenças, cultura, características ambientais e comportamentos. Isso faz com que a adaptação do indivíduo frente às dificuldades dessa fase da vida ocorra de forma distinta (Paschoal, 2016).

De maneira similar, segundo Minayo e Coimbra Jr (2002), as histórias particulares de cada pessoa e os aspectos estruturais relacionados aos marcadores de gênero, à etnia, ao nível educacional e à classe social, vão influenciar tanto o processo de envelhecimento, como a forma

com que cada indivíduo irá vivenciar a velhice. Em adição, Neri (2012) considera que, além do processo de envelhecer ser uma experiência heterogênea para os indivíduos, ele também ocorre de forma distinta em populações que vivem em contextos sociais e históricos distintos. Portanto, trata-se de uma vivência influenciada por circunstâncias histórico-culturais e, também, por fatores intelectuais, de personalidade e relacionados à incidência de doenças decorrentes do envelhecimento normal.

Como é possível observar, o envelhecimento é um processo complexo e, para compreendê-lo, é necessário abordar os diferentes conceitos biopsicossociais ligados a esse fenômeno. Desse modo, embora seja um processo que ocorre de maneira contínua optou-se por abordar o envelhecimento didaticamente dividindo-o em três perspectivas, apresentadas a seguir. Optou-se pelo marco da idade, conforme a legislação brasileira vigente, para delimitar a população que será investigada. Assim, vale ressaltar que, nesta dissertação, visto o embasamento teórico apresentado, será utilizado o termo “idoso” para designar pessoas acima dos 60 anos

1.1.1. Envelhecimento Biológico

O envelhecimento biológico é um processo natural que ocorre no decorrer da vida. Esse fenômeno resulta na alteração das funções orgânicas, reduzindo a capacidade do indivíduo de se adaptar ao ambiente. Isso faz com que o idoso seja mais vulnerável às doenças (Barsano, Barbosa, & Gonçalves, 2014). Uma das modificações decorrente desse processo é a redução progressiva da massa muscular. Uma vez que o trabalho muscular é importante para a manutenção de diversas funções, a redução da massa magra pode prejudicar processos relacionados à locomoção, à respiração e à digestão (Pereira, 2016).

Com o envelhecimento, as cartilagens do corpo se tornam mais finas, a coluna fica mais curvada e os discos intervertebrais ficam mais comprimidos por pressão. Tais alterações levam à redução da altura do indivíduo (Barsano et al., 2014). Outras características físicas que ocorrem no envelhecimento são o aumento do diâmetro da caixa torácica, continuidade do crescimento do nariz e do pavilhão auditivo. Além disso, ocorre redução dos pelos por todo o corpo, com exceção do nariz e das orelhas. Os cabelos ficam brancos e a pele seca e se torna menos elástica. Há o surgimento de rugas na pele, a qual fica mais propensa a lesões e infecções (Lustri & Morelli, 2007).

Em relação ao sistema nervoso, ocorre a redução de 10% da massa cerebral e 20% do fluxo sanguíneo. Outra consequência do envelhecimento é a dilatação dos ventrículos cerebrais, a redução do número de neurônios e de neurotransmissores. Essas alterações trazem como consequência a lentidão da condução nervosa. Esse fato faz com que o idoso tenha menor desempenho psicomotor, influenciando na marcha, no equilíbrio, na memória e na aprendizagem (Noronha, 2012). Em decorrência do envelhecimento, também ocorrem alterações sensoriais importantes. A visão perde a capacidade de focalizar objetos de perto, além de diminuir a tolerância à claridade ou à falta dela. A dificuldade de distinguir cores também é comum. No campo da audição, os idosos perdem a capacidade de ouvir sons de frequência muito alta ou muito baixa. O paladar e o olfato também sofrem alterações. Ocorre a redução da capacidade gustativa geral e da capacidade olfativa. Outra perda importante é a sensibilidade do tato no contato com objetos (Barsano et al., 2014).

Além das alterações na capacidade gustativa, é importante considerar que os mecanismos de regulação da fome, saciedade e sede ficam prejudicados nessa faixa etária. É comum a dificuldade no preparo dos próprios alimentos, devido às limitações físicas, aumentando a possibilidade do desenvolvimento de desnutrição e desidratação. O menor paladar, a menor produção de saliva e dificuldade de mastigação decorrente de problemas dentários também pode prejudicar a alimentação desse público (Noronha, 2012).

Mudanças gastrointestinais fazem do idoso um grupo de risco para o desenvolvimento da desnutrição. Com a menor produção de ácido clorídrico pelo estômago, torna-se difícil a absorção de vitamina B12, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco (Noronha, 2012). As modificações intestinais são responsáveis por problemas comuns ocorrentes na velhice como a constipação e a presença de divertículos. Esses problemas são consequências da atrofia da mucosa e das anomalias presentes nas estruturas de suas glândulas e da atrofia da camada muscular externa do intestino (Pereira, 2016).

O fígado também passa por modificações estruturais durante o processo de envelhecimento. Seu peso reduz cerca de 30 a 40% na nona década de vida (Moriguti, Lima, & Ferrioli, 2016). Ele também passa a metabolizar e excretar substâncias de forma mais lenta (Noronha, 2012). Outro órgão que sofre alterações é o rim, no qual, após os 50 anos, se inicia a perda do tecido renal, o qual é substituído por tecido gorduroso e fibroso. Tal fato leva à piora da filtração renal acarretando o comprometimento da concentração urinária (Pereira, 2016). O pâncreas é outro órgão que apresenta alterações estruturais. Seu peso varia de 60 ± 20 gramas (g) para menos de 40 g na nona década de vida (Moriguti et al., 2016). É esperado um leve aumento da glicemia de jejum relacionado à idade – 1 miligrama por decilitro (mg/dL) por

década – a resistência à glicose e a intolerância à insulina. No entanto, o aumento da glicemia pode não ocorrer em idosos ativos (Pereira, 2016).

Além de alterações hormonais decorrentes do envelhecimento do pâncreas, o sistema endócrino também sofre mudanças. De acordo Pereira (2016, p.147), “o sistema endócrino, como o sistema nervoso, coordena respostas fisiológicas aos fatores ambientais, melhorando a sobrevivência individual. As alterações hormonais influenciam o declínio funcional, as incapacidades, as doenças da pessoa idosa e a longevidade”. Em relação ao sistema reprodutor, no homem, devido à deficiência hormonal, a ereção se torna menor, mais curta e a ejaculação mais fraca. Contudo, sua fertilidade é mantida. Já a mulher, em decorrência da menopausa, perde a fertilidade (Noronha, 2012). A menopausa, por sua vez, é um processo de mudanças fisiológicas que leva à redução e alteração dos níveis de hormônios femininos, responsáveis pela menstruação. Esse processo é acompanhado por diversas variáveis em relação à vida cotidiana da mulher na sociedade (Souza & Araújo, 2015).

As alterações cardiovasculares também estão presentes no envelhecimento. Além da estrutura cardíaca e arterial do idoso sofrerem mudanças, a contração cardíaca se torna mais prolongada (Pereira, 2016). Isso se deve ao alongamento, tortuosidade e enrijecimento das artérias, que ocorrem naturalmente com o envelhecimento (Noronha, 2012). As mudanças ocorridas no âmbito cardiovascular ocasionam uma série de consequências como: elevação da pressão arterial, especialmente a sistólica; redução do débito cardíaco levando ao menor aumento da frequência cardíaca durante a sobrecarga da prática de exercícios físicos, dor ou infecção; arritmias e sopros cardíacos que nem sempre tem repercussão clínica; e lentidão nos mecanismos de manutenção da pressão arterial (Noronha, 2012). As modificações ocorridas na estrutura pulmonar do idoso levam à maior predisposição à pneumonia. Os pulmões se tornam mais volumosos, os ductos e bronquíolos se alargam e os alvéolos se tornam flácidos. Essas modificações também aumentam o consumo de oxigênio do indivíduo e pioram a ventilação e perfusão (Pereira, 2016).

Diante do exposto, constata-se que o processo de envelhecimento biológico afeta diversos sistemas e funções do corpo. Tais alterações podem não só alterar o modo de vida do idoso, mas também influenciar os aspectos psicológicos e sociais.

1.1.2. Envelhecimento psicológico

O envelhecimento psicológico consiste nas modificações que ocorrem a nível cognitivo e emocional. A cognição sofre perdas importantes na velhice, no entanto, é importante ressaltar que, além do envelhecimento, existem outros fatores que podem influenciar nesse declínio, como: desuso (falta de prática), doenças (como a depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos) e fatores sociais (por exemplo: solidão e isolamento). Do ponto de vista emocional, podem ocorrer diversas mudanças relacionadas a essa nova fase da vida como falta de motivação e confiança e baixas expectativas (OMS, 2005).

É comum a redução da velocidade dos processos mentais, fazendo com que, muitas vezes, o comportamento do idoso seja mais lento. Apesar de a velocidade de processamento mental e de raciocínio declinar com a idade, outras habilidades podem não sofrer alterações (Papalia & Fieldman, 2013). As funções executivas, entendidas como a habilidade de controlar um comportamento, executar um planejamento e, ainda, completar sequências motoras complexas, podem se manter com o envelhecimento (Kikuchi, 2009).

Em relação à memória, os idosos podem manter a memória remota, a qual está relacionada a eventos passados. A memória semântica corresponde às informações referentes aos conhecimentos gerais, bem como a memória de procedimentos, que diz respeito, por exemplo, ao ato de andar de bicicleta, também pode se manter intacta. No entanto, ocorre a redução da memória declarativa, a qual faz alusão às informações relacionadas ao aprendizado e à lembrança de novas informações (Kikuchi, 2009).

Quanto ao envelhecimento cognitivo, há a redução da inteligência fluida, a qual se refere à capacidade de raciocínio flexível e de resolução de problemas. Com relação à atenção da pessoa idosa, salienta-se a capacidade de focalizar em apenas um componente (atenção sustentada). Porém, ocorre a redução da atenção dividida, que é a capacidade de focar em mais de um componente ao mesmo tempo (Kikuchi, 2009).

Concernente às habilidades psicomotoras, o idoso tem o aumento do seu tempo de reação, entendido como o intervalo gasto entre a geração do estímulo e a ação motora. Os movimentos também ficam mais lentos e há, de fato, perda de habilidades motoras (Kikuchi, 2009). A falta de alguns movimentos pode acarretar a dependência do idoso, uma vez que ele passa a ter dificuldade de executar seus hábitos. Todavia, apesar de todas as dificuldades na realização de tarefas e de não possuir a mesma habilidade de solucionar problemas como

quando mais jovem, o idoso não deve se excluir da sociedade e nem ser considerado incapaz ou inútil (Ferreira & Simões, 2011).

Embora a cognição sofra perdas importantes, o envelhecimento não é sinônimo só de perdas. De acordo com a OMS (2005), a redução da capacidade cognitiva pode ser compensada por ganhos de sabedoria, conhecimento e experiência. Uma vez que as perdas são comuns na velhice, saber lidar com essas adversidades, pode determinar o nível de adaptação às mudanças e às crises no processo de envelhecimento (OMS, 2005).

Alguns idosos possuem maior facilidade para lidar com as mudanças. Esses podem decidir enfrentar o desafio e aceitar a adaptação à sua nova condição. Já outros apresentam dificuldades para aceitar essa fase da vida e podem acabar se afastando das pessoas e caindo no isolamento (Ferreira & Simões, 2011). De acordo com Battini, Maciel e Finato (2006), alguns idosos se isolam e passam a ter comportamentos introspectivos. Além disso, esses possivelmente caem na tristeza e na desolação.

Na velhice pode ocorrer a sensação de perda do poder financeiro, do prestígio, da beleza e da autonomia (Vargas, 2012). Nessa fase, o relacionamento familiar e com os amigos são apoios fundamentais, além da busca do significado da vida que passa a ser um fator importante (Papalia & Fieldman, 2013). No entanto, as perdas afetivas também são comuns. Dentre elas, pode ocorrer, inclusive, a morte de familiares e amigos, fazendo-se necessário o desapego (Vargas, 2012). Nesse sentido, agarrar-se ao passado é um comportamento comum, uma vez que alguns indivíduos sentem que nada mais tem valor, negando o presente e não aceitando suas condições atuais (Battini et al., 2006). Para Vargas (2012), as perdas que ocorrem, tanto de forma objetiva como subjetiva, podem trazer muita dor e sofrimento ao idoso. Além disso, a aproximação da morte pode trazer, tanto a valorização do tempo restante de vida quanto a ansiedade. Portanto, é necessário que os idosos saibam enfrentar as perdas pessoais e a proximidade da morte (Papalia & Fieldman, 2013).

Outro comportamento que pode ocorrer é a negação do envelhecimento. Nesse caso, o indivíduo ignora a velhice e seu objetivo passa a ser o encontro com a fonte da juventude, tentando sempre apresentar-se mais jovem. Esse fato se dá pelo desprezo social em relação ao corpo idoso e ao culto exagerado a uma aparência cada vez mais jovem (Battini et al., 2006).

Ademais, a aposentadoria é um acontecimento importante na vida do idoso, já que ela pode oferecer ao indivíduo novas opções para a utilização do tempo (Papalia & Fieldman, 2013). Apesar disso, ela pode vir acompanhada pela sensação de menor potência e perda de valor (Vargas, 2012). De acordo com Ferreira e Simões (2011), o idoso pode encarar negativamente a aposentadoria, deixando de valorizar tantos anos de trabalho e passando a se

sentir desprestigiado, uma vez que pode perder o papel social. Segundo essas autoras, os idosos também podem passar por dificuldades financeiras, uma vez que, com a aposentadoria, é comum à redução salarial.

Compreender o declínio cognitivo natural do processo de envelhecimento é importante, uma vez que o seu entendimento favorece tanto a empatia para com os idosos como também serve de subsídio para a criação de medidas que contornem os problemas ocasionados pelo declínio natural da idade. Por outro lado, a forma que o indivíduo lida psicologicamente com o envelhecimento é determinante para que ele tenha uma vivência sadia dessa fase. Neste sentido, a aceitação do envelhecimento é muito importante para que o idoso tenha uma postura de enfrentamento frente aos obstáculos presentes nessa etapa da vida, o que impacta diretamente em seus relacionamentos sociais.

1.1.3. Envelhecimento Social

O envelhecimento social é caracterizado pela obtenção de hábitos sociais que levam ao preenchimento de papéis e expectativa em relação às pessoas de uma mesma idade (Shneider & Irigaray, 2008). Como outras fases da vida, a velhice é uma construção social. Sendo assim, a forma de enxergá-la depende da cultura em que os idosos estão inseridos. Cada sociedade poderá dispensar cuidados de proteção, definir direitos, papéis, responsabilidades e valores de acordo com a cultura, ideais socioeconômicos e a história de relação constituída com o envelhecimento (Pilleti, Rossato, & Rossato, 2014).

Para Shneider & Irigaray (2008), do ponto de vista social, uma pessoa passa a ser definida como idosa quando deixa o mercado de trabalho, ou seja, quando ela se aposenta e deixa de ser economicamente ativa. Nessa perspectiva, a sociedade atribui aos aposentados o rótulo de improdutivos e inativos. Sob a perspectiva do aposentado, há um rompimento abrupto das relações sociais com as pessoas com que ele conviveu durante muitos anos. Somado a isso, ainda ocorre à redução salarial e a falta de atividades alternativas, após o processo de aposentadoria (Shneider & Irigaray, 2008). Para Ferreira e Simões (2011), qualquer questão relacionada à aposentadoria acaba sendo vista negativamente por aqueles que não se prepararam para o momento do afastamento, levando ao desequilíbrio emocional de alguns idosos. Sendo assim, a inatividade profissional acarreta mudanças em relação a todos os aspectos sociais, de

modo que deixar de trabalhar leva a perdas não só do papel junto à vida profissional, mas também junto à família e à sociedade (Ferreira & Simões, 2011).

De acordo com Mendes, Gusmão, Faro e Leite (2005), a família exerce um papel muito importante no fortalecimento das relações. No entanto, muitas delas têm dificuldade em aceitar e entender o envelhecimento de uma pessoa próxima, tornando o relacionamento familiar mais difícil. Naquelas em que existe excesso de zelo, é comum que o idoso se torne dependente mais rapidamente. Muitas vezes, os familiares exercem tarefas que o próprio idoso ainda tem condições de executar. Portanto, para cada família o envelhecimento possui diferentes valores e particularidades, podendo representar tanto satisfação quanto aflição para a relação familiar e para o idoso (Mendes et al., 2005).

Essas relações também vão depender do arranjo familiar. Naquelas famílias nas quais os idosos vivem na condição de parente do responsável pelo domicílio, os mesmos possuem mais complicações no que diz respeito ao relacionamento familiar. Essas complicações podem ser agravadas se o idoso tiver problemas de saúde e necessitar de cuidados especiais, pois isso irá alterar a rotina doméstica da família e suas atividades sociais (Ferreira & Simões, 2011). Para Ferreira e Simões (2011), muitos idosos também preferem morar sozinhos, como forma a preservar o seu espaço, privacidade e rotina. No entanto, a escolha de morar sozinho não remete ao desejo de querer ficar só, pois, mesmo o indivíduo morando em casa separada da família, é possível manter uma relação estreita e direta com a mesma.

Ferreira e Simões (2011) apontam que, além da importância do relacionamento familiar, também deve ser considerado que os idosos mantenham interações afetivas, sendo capazes de amar, independente do vigor físico, limitações e idade. No entanto, é perceptível um forte tabu social relacionado à presença da sexualidade na velhice. Não obstante, a manutenção da sexualidade na velhice pode representar uma forma de se sentir vivo e também uma busca de prazer e compartilhamento do amor. Pode auxiliar também na criação de laços afetivos mais intensos em seus relacionamentos, bem como pode ser considerada uma necessidade nessa fase (Ferreira & Simões, 2011).

Diante das questões discutidas, o envelhecimento social é influenciado por fatores que variam de acordo com a sociedade em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, cada sociedade constrói o papel social do idoso, criando componentes de interação importantes no seu envelhecer. Portanto, o envelhecimento biológico, psicológico e social está diretamente relacionado à qualidade de vida.

1.2. QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Este tópico tem o objetivo de abordar o tema qualidade de vida, apresentando as principais dimensões e características desse complexo construto. Posteriormente, serão abordadas as particularidades relacionadas à qualidade de vida no envelhecimento.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, associada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial. É baseada na capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos esses elementos que determinada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. Desse modo, esse termo tem muitos significados e reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades de variadas épocas, espaços e histórias distintas. Assim, entende-se que qualidade de vida é uma construção social, que carrega uma marca cultural (Minayo et al., 2000).

De acordo com o grupo de pesquisas sobre qualidade de vida da OMS — *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* —, esse construto se refere à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida considerando o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais o indivíduo está inserido. Sendo assim, o termo se relaciona aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações individuais e pode ser subdividido em três características principais: subjetividade, bipolaridade e multidimensionalidade (WHOQOL Group, 1995).

No que se refere à subjetividade, de acordo com Albuquerque (2003), o termo qualidade de vida é um tanto abstrato, pois, pode assumir diversos significados. Desse modo, esse termo é dependente de distintos pontos de vista, que variam de acordo com a época, país, cultura, classe social e, também, de indivíduo para indivíduo (Paschoal, 2016). Ademais, a subjetividade refere-se à dependência do significado desse construto à percepção do sujeito. No entanto, existem condições externas e objetivas, como as condições de trabalho e de vida, que influenciam na avaliação que o indivíduo faz sobre sua própria qualidade de vida (Paschoal, 2016).

Não obstante, para Irigaray e Trentini (2009), mesmo que duas pessoas estejam expostas aos mesmos fatores externos, isto é, ainda que o estado objetivo de saúde entre dois sujeitos seja o mesmo, suas percepções de qualidade de vida podem ser diferentes. Isto demonstra que também existe uma percepção individual diante de fatores e condições objetivas, ou seja, cada pessoa lida de forma diferente com as adversidades da vida, o que reflete na percepção que a mesma tem sobre o construto.

A segunda característica do conceito de qualidade de vida é a bipolaridade. Isso quer dizer que existem aspectos positivos e negativos do construto que precisam ser considerados (WHOQOL Group, 1995). Para Paschoal (2016), ambas as dimensões podem ser aplicadas às condições relacionadas ao desempenho dos papéis sociais, à mobilidade, à autonomia, à dor, à fadiga e à independência.

A natureza multidimensional desse construto significa que ele pode ser observado por diferentes abordagens. Sendo assim, a qualidade de vida pode ser vista a partir de três dimensões básicas: a física, a psicológica e a social. A dimensão física diz respeito à percepção individual sobre a própria capacidade e estado físico. A psicológica equivale à percepção do indivíduo em relação ao seu estado cognitivo e afetivo. A dimensão social abrange a percepção das relações interpessoais e dos papéis sociais desempenhados pelas pessoas (WHOQOL Group, 1995).

Paschoal (2016) adiciona ainda que, devido ao caráter multidimensional, bipolar e subjetivo da qualidade de vida, pode-se acrescentar a complexidade e a mutabilidade como características desse construto. Isso se dá porque a percepção da qualidade de vida pode ser alterada de acordo com o tempo, a pessoa, o lugar, o contexto cultural e o humor. Tal fato faz com que esse conceito seja complexo e difícil de ser avaliado.

O envelhecimento populacional aumentou o interesse nas pesquisas relacionadas à qualidade de vida de idosos. Esse tipo de pesquisa possui uma grande relevância científica e social, uma vez que tenta abordar a contradição que existe entre velhice e bem-estar. Essa tentativa contribui para a compreensão do envelhecimento e, também, auxilia a geração de alternativas válidas de intervenção visando a qualidade de vida de pessoas idosas (Neri, 2012).

Lawton (1983) considera que a qualidade de vida na velhice consiste em uma avaliação multidimensional relacionada a critérios socio-normativos e interpessoais, que envolvem as relações atuais, as passadas e as perspectivas entre o idoso e seu ambiente. Ele apresenta um modelo de qualidade de vida dividido em quatro dimensões interrelacionadas que se referem às condições ambientais, à competência comportamental, à qualidade de vida percebida e ao bem-estar subjetivo.

As condições ambientais são aquelas relacionadas ao contexto ecológico e físico construídos pelo homem e que influenciam na capacidade de adaptação, seja ela emocional, cognitiva ou comportamental (Lawton, 1983). O contexto ambiental pode envolver a análise do microambiente, sendo representado pelo ambiente doméstico, arranjo de moradia e satisfação residencial; pelos meso-ambientes, compreendidos pelos idosos em situação de asilamento; e também pelos macroambientes, que é tudo aquilo que rodeia a experiência do envelhecimento,

como as questões de segurança, vizinhança, acessibilidade, políticas públicas e relações com os contextos urbanos e/ou rurais (Batistoni, 2014).

A competência comportamental se refere ao comportamento do indivíduo em determinadas situações. O desempenho dos indivíduos frente às situações da vida são distintos e depende do desenvolvimento pessoal, da experiência de vida, dos valores e também do contexto socio-histórico em que ele está inserido (Lawton, 1983). Para Battini et al. (2006), o comportamento do indivíduo poderá dificultar ou facilitar a sua adaptação ao envelhecer. A velhice, por sua vez, é consequência do modo de vida anterior. Dessa forma, ela pode ser entendida como o produto de uma série de comportamentos que afetam o indivíduo ao longo da vida. O nível educacional, a religiosidade, a cultura, o ambiente familiar, a relação com a aposentadoria, assim como a utilização de drogas, álcool, tabaco e o acometimento por doença, além da capacidade de resignar-se diante das dificuldades da vida, são fatores que influenciam a adaptação do indivíduo na velhice.

A qualidade de vida percebida é a avaliação que o indivíduo faz em relação à sua própria vida. Ela se refere a como o sujeito percebe seu ambiente social e físico e a eficácia de suas ações nesse ambiente (Lawton, 1983). Para Neri (2007), a avaliação que o idoso faz sobre competências comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. Para ela, componentes como a saúde percebida, doença relatada, consumo de medicamentos relatados, dor e desconforto relatados, além de alterações percebidas na cognição e autoeficácia, fazem parte da dimensão de qualidade de vida percebida.

Outra dimensão interrelacionada se refere ao bem-estar subjetivo que diz respeito à satisfação com a vida, relacionada a seus diversos aspectos, e reflete a relação entre as condições ambientais, a capacidade adaptativa e a percepção da qualidade de vida. Essa dimensão é mediada por fatores históricos, genéticos e socio-culturais, além dos traços de personalidade. Outros mediadores também são: os mecanismos de autorregulação, como a religiosidade ou transcendência; o senso de controle, eficácia e adaptabilidade; senso de significado pessoal; e sentido da vida (Lawton, 1983). Segundo Passareli e Silva (2007, p. 514), o bem-estar subjetivo é “um aspecto que pode favorecer a maneira como vemos a nós mesmos e às outras pessoas, o que pode resultar em maior prazer em vivenciar situações cotidianas e o relacionamento com nossos pares”. Esses autores afirmam que se torna cada vez mais importante conhecer os aspectos relacionados ao tema. Diversos instrumentos vêm sendo utilizados para avaliar a qualidade de vida de idosos. Dentre eles, se encontram os desenvolvidos pelo WHOQOL Group – WHOQOL- brief (WHO, 1996) e o WHOQOL-old (OMS, 2004) – e o *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992). O WHOQOL- brief é uma

versão abreviada do WHOQOL-100, outro instrumento desenvolvido pela OMS. Ele possui 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Já o WHOQOL-old, consiste em uma versão adaptada para idosos, possuindo 24 questões divididas em seis dimensões: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas; presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade (Paula et al., 2016). Os dois últimos instrumentos vêm sendo utilizados em diversas pesquisas atuais (Cerin et al., 2016; Guedes, Hattman, Martini, Borges, & Bernadelli, 2012; Meneguci, Sasaki, Santos, Scatena, & Damião, 2015; Porto, Guedes, Fernandes, & Rechert, 2012). Além disso, o WHOQOL-old foi validado para a população brasileira por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) apresentando um bom desempenho pscométrico. Trata-se de uma ferramenta adicional ao WHOQOL-100 ou WHOQOL-brief, uma vez que inclui aspectos relevantes para a avaliação da qualidade de vida da população de idosos.

Outro instrumento que tem sido amplamente utilizado em estudos que têm como objetivo a avaliação da qualidade de vida dessa população é o *Medical Outcome Study 36-item Short Form* (SF-36) (Chatziralli et al., 2016; Dohrn, Hagströmer, Hellénus, & Ståhle, 2016; Footit & Anderson, 2012; Golveia et al., 2017). Foi traduzido e validado para a população brasileira por Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma (1999). Trata-se de um instrumento genérico de avaliação, que tem sido usado tanto para a população geral quanto para grupos específicos. É um questionário multidimensional de fácil aplicação e compreensão com 36 itens, sendo que alguns itens possuem duas possibilidades de respostas, e outros, cinco. As questões desse instrumento estão distribuídas em oito dimensões, as quais avaliam os seguintes itens: limitações em atividades devido a algum problema de saúde; limitações nas atividades sociais devido a problemas físicos ou emocionais; limitações nas atividades usuais devido a problemas de saúde física; dor corporal; saúde mental geral (sofrimento psicológico e bem-estar); limitações nas atividades de função habitual devido a problemas emocionais; vitalidade (energia e fadiga); e percepções gerais de saúde (Ware & Sherbourne, 1992).

Diante do exposto, entende-se que a qualidade de vida é um conceito complexo que é influenciado por fatores objetivos, mas cuja avaliação depende da subjetividade presente em cada sujeito, ou seja, os indivíduos constroem suas narrativas sobre qualidade de vida de acordo com as vivências pessoais. Portanto, a qualidade de vida no envelhecimento pode ser influenciada por fatores comportamentais, ambientais e psicológicos. É importante ressaltar que a mesma também pode relacionar-se ao estilo de vida adotado ao decorrer da vida.

1.3. ESTILO DE VIDA E ENVELHECIMENTO

Este tópico pretende abordar o tema estilo de vida, além de levantar seus componentes que têm sido investigados na atualidade. Além disso, almeja-se discorrer sobre cada componente desse construto que foi avaliado no presente trabalho, discutindo seus conceitos e importância na vida da população idosa.

O estilo de vida, bem como fatores biológicos e ambientais, é um componente essencial no estado de saúde de uma pessoa (Macovei, Tulfan, & Vulpe, 2014). O estilo de vida consiste em padrões identificáveis de comportamentos que são determinados por interações entre as características pessoais de um indivíduo, as relações sociais e as condições socioeconômicas e ambientais de sua vida (WHO, 1998). Para Veal (1993), ao mesmo tempo em que os padrões de comportamento estão ligados a valores e características sociodemográficas, são formados por meio de um longo processo que envolve escolhas.

Veal (1993) afirma que o estilo de vida é um conjunto de comportamentos que distinguem os indivíduos ou grupos. Esses comportamentos incluem as mais diversas atividades, como aquelas desenvolvidas com o cônjuge, familiares, amigos e vizinhos, bem como os comportamentos de consumo, o lazer, o trabalho e as atividades cívicas e religiosas. Sendo assim, um estilo de vida saudável pode ser determinado por estratégias comportamentais e influenciado pela família e pelo meio social do indivíduo ao longo de sua vida. Dessa forma, os componentes do estilo de vida podem ser fortes determinantes para a saúde física e mental (Macovei et al., 2014).

No envelhecimento, esses fatores não são diferentes. Os estilos de vida baseados em hábitos saudáveis impactam diretamente a saúde e a longevidade das pessoas (Souza, Porto, Souza & Silva, 2016; Taheri, Mohammadi, Pakinia, & Mohammadbeigi, 2013). Na atualidade, as doenças que possuem as maiores taxas de mortalidade, como as cardiovasculares, obesidade, diabetes e câncer, estão fortemente relacionadas ao estilo de vida (Walsh, 2011). A adoção de comportamentos que reduzem o risco de morte prematura e de doenças pode ser considerada um estilo de vida saudável (WHO, 1998).

Em revisão de literatura feita por Stival, Lima e Karnikowski (2015), os autores encontraram 11 determinantes sociais de saúde no envelhecimento: atividade física, tabagismo, etilismo, consumo alimentar, contato social, ocupação, renda, escolaridade, idade, sexo e estado civil. O trabalho de Pôrto, Kumpel, Castro, Oliveira e Alfieri (2015), além desses mesmos componentes, ainda acrescenta o controle do peso, do colesterol, da pressão arterial, repouso

adequado e equilíbrio psicológico como comportamentos ligados ao estilo de vida. Recente revisão, realizada por Ferreira, Meireles e Ferreira (2018), constatou que os principais componentes do estilo de vida investigados na população idosa são: composição corporal, atividade física, alimentação, consumo de álcool e tabagismo, relações sociais e religiosidade. Outra questão identificada nessa revisão, foi a escassez de investigações qualitativas sobre o tema, ou seja, os estudos presentes na literatura buscam quantificar os comportamentos relacionados ao estilo de vida, mas tem como objetivo compreender as particularidades envolvidas na adoção desses comportamentos pela população idosa.

Nahas, Barros e Francalacci (2000) desenvolveram um instrumento para avaliar o estilo de vida individual e saudável, baseado em cinco preditores: comportamento preventivo, fator nutricional, prática de atividade física, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse. Assim, os componentes propostos por Nahas et al. (2000) englobam os itens citados nos trabalhos de revisão sobre o tema. Existem alguns outros instrumentos para avaliação do estilo de vida como o Perfil de Estilo de Vida Individual – PEVI, desenvolvido por Nahas et al. (2000) e o Estilo de Vida Fantástico, validado por Añez, Reis e Petroski (2008). No entanto, esses instrumentos são validados para a população geral, não considerando as especificidades do público idoso. Por isso, a maioria dos autores avalia esse construto por meio de questionários autoconstruídos ou através da avaliação isolada de cada componente ou utilizando ferramentas específicas para cada fator que se pretende avaliar (Ferreira et al., 2018).

Partindo desses estudos pretende-se na presente dissertação investigar, de forma qualitativa, características comportamentais relacionadas ao estilo de vida, já apontadas por Nahas et al. (2000) como importantes influenciadores da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, tais como: atividade física, fator nutricional, qualidade dos relacionamentos, controle do stress e comportamento preventivo. As variáveis de estudo serão descritas a seguir.

1.3.1. Comportamento preventivo

Hábitos saudáveis são primordiais para um envelhecimento bem-sucedido. O comportamento preventivo consiste em ações antecipadas que têm como objetivo evitar fatores prejudiciais à saúde (Borges, Maria & Seidi, 2014). Esse tipo de comportamento está relacionado ao autocuidado. Para Santos et al. (2012), o autocuidado é caracterizado por um

conjunto de comportamentos adotados por um indivíduo, com a intenção de obter melhorias na sua saúde e bem-estar.

De acordo com Orem (1980), existem três categorias de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Atividades diárias de rotina, relacionadas às necessidades humanas básicas, fazem parte do que é chamado de autocuidado universal (Orem, 1980). Para Santos et al. (2012), os cuidados universais são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios da vida e englobam a execução de atividades como ingestão de água, alimentação e manutenção do equilíbrio do processo de descanso e de atividade.

O autocuidado de desenvolvimento é aquele realizado durante determinada fase da vida ou em decorrência de algum evento (Santos et al., 2012). Nesse sentido a velhice é uma etapa do desenvolvimento que demanda cuidados específicos. As modificações que ocorrem naturalmente no organismo devido ao processo de envelhecimento, a capacidade funcional e o risco de quedas, por exemplo, exigem que o idoso desenvolva cuidados que não eram tão necessários nas outras etapas do seu desenvolvimento.

O autocuidado relacionado a desvios de saúde é aquele que se torna necessário no caso de doenças. Esses cuidados se tornam, indispensáveis após o diagnóstico médico, quando geralmente o indivíduo é submetido a algum tipo de tratamento (Queirós, Vidinha, & Almeida Filho, 2014). Para Borges et al., (2014), no caso de doenças, o comportamento preventivo tem o objetivo de melhorar o prognóstico das mesmas.

Nessa perspectiva, Leavel e Clark (1965) divide a prevenção em saúde em três níveis, a saber: primária, secundária e terciária. A prevenção que inclui ações de promoção de saúde e medidas específicas para evitar certos agravos é chamada de prevenção primária. Já as ações voltadas para a redução dos riscos e gravidade das doenças que ocorre por meio de diagnóstico precoce e tratamento oportuno é denominada prevenção secundária. Por fim, ações realizadas para minimizar as sequelas de distúrbios já instalados chama-se de prevenção terciária (Brown et al., 2002).

Ao envelhecer, a prevenção e o autocuidado podem contribuir para a preservação da autonomia do indivíduo. Na ausência de cuidadores e de suporte familiar e social, esses componentes ganham ainda mais importância. Uma nutrição adequada, a prática de exercícios físicos programados e cuidados com o próprio corpo, podem ajudar na manutenção da saúde do idoso (Nagai, Shubaci, & Neri, 2012). Para Borges e Seidi (2014), os comportamentos preventivos que mais têm demonstrado importantes na promoção da saúde de indivíduos idosos são: a prática de exercícios físicos, adoção de uma alimentação equilibrada e a privação do consumo de álcool e de tabaco.

O álcool e o tabaco apresentam um grande comportamento de risco para a saúde e são uma preocupação relacionada à saúde pública. Isso se deve ao fato de que o tabagismo está associado à morte prematura (Zhang & Wu, 2015). O álcool, por sua vez, aumenta o risco de doenças cardiovasculares, eleva a pressão arterial e está associado ao surgimento de doenças hepáticas (Zhang & Wu, 2015). A influência negativa do consumo de álcool e tabagismo na qualidade de vida de idosos tem sido confirmada em diversos estudos (Atkins, Naismith, Luscombe, & Hickie, 2013; Footit & Anderson, 2012; Pan et al., 2017).

Portanto, é importante que o idoso seja incentivado a adquirir hábitos preventivos e a cuidar de si mesmo até quando for possível. Isso não só previne doenças, mas também ajuda a preservar a independência do indivíduo. Nesse sentido, estratégias de educação em saúde que visam informar esse público sobre assuntos relacionados à sua rotina, como a utilização de medicamentos, cuidados com a alimentação e práticas de atividade física, se fazem necessárias.

1.3.2. Fator nutricional

A alimentação é um fator fundamental para a manutenção da qualidade de vida de idosos. O estado nutricional dessa população é um problema de saúde pública (Pereira, Splyrudes, & Andrade, 2016). O aumento da obesidade é atribuído ao consumo de alimentos ricos em açúcares refinados e pobres em carboidratos complexos, além do baixo consumo de frutas, verduras e legumes e a inatividade física (Cavalcante, Gonçalves, Ascitti, & Cavalcanti, 2010). No entanto, é importante ressaltar que o envelhecimento traz uma série de alterações no corpo, dentre elas a redução da massa muscular e aumento da gordura corporal. Esse fato, associado a uma alimentação desregrada e à inatividade física, pode levar ao quadro de obesidade, facilitando o desenvolvimento de doenças crônicas (Santos, Bicalho, Mota, Oliveira, & Moraes, 2013).

Ao mesmo tempo em que há agravos nutricionais associados à alta incidência de doenças crônicas, a desnutrição também é uma realidade nessa população (Pereira et al., 2016). De acordo com revisão realizada por Fávaro-Moreira et al. (2016), os principais fatores que aumentam o risco de desnutrição em idosos são: idade, excesso de medicamentos, declínio da função física que impossibilita o idoso de adquirir e preparar o seu alimento, deficiência cognitiva, perda de interesse pela vida e problemas na saúde bucal, como por exemplo, a

ausência de prótese dentária e deficiência na deglutição. De acordo com os autores, os idosos institucionalizados também possuem um maior risco de desenvolvimento da desnutrição.

Dessa forma, é importante considerar que a alimentação não precisa ser pensada apenas no campo biológico e na necessidade da nutrição adequada, mas também deve levar em consideração características culturais, sociais e emocionais que acompanham o ato de comer. Em estudo realizado por Menezes, Prado, Carvalho e Ferreira (2015), no qual foram analisadas as recomendações de alimentação saudável para idosos na agenda de saúde pública brasileira, constatou-se que os documentos exigem do indivíduo autocontrole, prudência e moderação. Desse modo, as recomendações não trabalham a autonomia, autossatisfação, cuidado e participação da decisão por parte do idoso.

A OMS (WHO, 2003) e a *Food and Agriculture Organization of the United Nations* – FAO (2003) recomendam que os países adotem estratégias para que a população alcance a ingestão de nutrientes necessária. Essas estratégias estão direcionadas ao público geral e não especificamente aos idosos. Eles apontam a necessidade do controle do peso corporal, a redução da ingestão de gorduras, do açúcar refinado e do sal, substituindo as gorduras saturadas pelas insaturadas, além da eliminação das gorduras trans¹. Eles indicam também o aumento do consumo de frutas, verduras, legumes, cereais e frutos secos.

As questões que rodeiam a alimentação dos idosos parecem ser mais complexas, de forma que muitas vezes essa população não alcança as recomendações nutricionais (Shiliski et al., 2017). É comum que alguns nutrientes como fibras, cálcio, potássio, vitamina D, vitamina B6, vitamina B12, vitamina E, carotenóides e proteínas não atinjam os níveis recomendados. Isso se dá devido às alterações fisiológicas naturais do envelhecimento, que levam à redução da absorção de alguns nutrientes, à redução da ingestão de alimentos devido a fatores tanto biológicos quanto psicológicos e, também, à utilização de medicamentos que prejudicam a metabolização desses nutrientes (Shlisky et al., 2017).

Um estudo realizado por Santos e Ribeiro (2011), com idosos frequentadores de um centro de convivência, demonstrou que eles optavam por se alimentar em locais públicos, de forma a evitar o ambiente doméstico, que os remetia ao passado, bem como pelo contato social que esse local permitia. Nessa pesquisa, a socialização foi vista como um fator mais importante do que o próprio alimento. Menezes, Tavares, Santos, Targueta e Prada (2010) investigaram a alimentação saudável na experiência de idosos e identificaram dificuldades que os mesmos

¹ Gordura vegetal que passa por um processo de hidrogenação natural ou industrial, amplamente utilizado pela indústria para melhorar a textura e aumentar o prazo de validade dos alimentos (Proença & Silveira 2012).

tenham para mantê-la. Foi citado não só obstáculos relacionados à locomoção, que interfere na compra dos alimentos, mas também a redução do paladar e alterações digestivas. Os autores acrescentam que essas dificuldades impossibilitam o idoso de seguir, muitas vezes, o ideal biomédico de alimentação saudável.

Portanto, o estado nutricional do idoso é influenciado tanto pelos hábitos quanto pelo comportamento alimentar. O hábito alimentar refere-se ao consumo repetido de determinados alimentos (Freitas et al., 2011). Ele possui o foco no ato de nutrir e se refere aos costumes que, muitas vezes, são adquiridos tradicionalmente e atravessam gerações. Ele é compreendido por meio de atitudes e das práticas, que são demonstradas pelos valores crenças, mitos e tabus (Freitas, Minayo, & Fontes, 2011). Já o comportamento alimentar, de acordo com Alessi (2006, pp. 227) se refere a “como comemos, como preparamos a comida, quando comemos, com quem comemos, o que usamos no preparo, como nos comportamos antes, durante e depois de nos alimentarmos...”. Nessa perspectiva, o comportamento alimentar vai muito além do ato de comer.

O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda que a base da alimentação seja constituída por alimentos *in natura* e considera, inclusive, os aspectos comportamentais da alimentação (Ministério da Saúde, 2015). Um dos fundamentos deste guia, é o fato de a alimentação ser considerada não apenas ingestão de nutrientes, admitindo que a mesma reflita valores, cultura e costumes. Esse material foi elaborado de modo a incentivar a autonomia da população na escolha dos alimentos. Nele não são estabelecidas quantidades e nem incentivada a ingestão de determinados nutrientes, apenas classifica a alimentação saudável como aquela que inclui verduras, legumes e frutas em sua base, derivados de um sistema ambiental e socialmente sustentável. O guia orienta, também, que o consumo de alimentos industrializados seja evitado, incentivando que a população mantenha o hábito de cozinhar, que se alimente em companhia de sua família e que troque receitas culinárias. Embora não seja direcionado especificamente para o público idoso, esse guia pode ser um importante documento para essa população, uma vez que, ao levar em consideração o comportamento alimentar, é possível que as recomendações sejam seguidas pela mesma.

Apesar de os benefícios de uma alimentação saudável e de uma nutrição adequada já estarem descritos na literatura, as particularidades que acompanham esse tema, relacionadas às pessoas idosas, ainda necessitam de mais estudos. Investigações que busquem contribuir para a atualização das recomendações nutricionais voltadas para esse público, assim como intervenções dietéticas que levem à melhora da qualidade de vida dessa população, também se fazem necessárias.

1.3.3. Exercícios físicos

O estilo de vida saudável está associado à boa saúde e à vida ativa, de forma que a prática de exercícios físicos seja um dos componentes desse âmbito (Macovei et al., 2014). Recomenda-se que os idosos pratiquem pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade aeróbica de alta intensidade ao longo da semana (WHO, 2011). Para os idosos com baixa mobilidade é indicada a execução de exercícios físicos, pelo menos três vezes por semana, que trabalhem o equilíbrio a fim de prevenir quedas. A execução de exercícios, duas ou mais vezes por semana, que trabalhem os grandes grupos musculares, também é indicada para a manutenção da capacidade funcional. Quando o indivíduo idoso não pode realizar nenhuma atividade por motivos de saúde, é sugerido que ele se mantenha o mais fisicamente ativo com suas habilidades quanto possível (WHO, 2011).

Para Caspersen, Powell e Christenson (1985), atividade física pode ser entendida como qualquer movimentação que leve o indivíduo a um gasto energético acima do estado de repouso. Já os exercícios físicos consistem em movimentos organizados e realizados de forma repetida que possuem como objetivo manter ou melhorar componentes da aptidão física. Desse modo, a prática de atividade física para idosos pode ser dividida em atividade física de lazer (dança, jardinagem), atividade física ocupacional (envolvimento com algum tipo de trabalho), transporte (ciclismo, caminhada), tarefas domésticas, esportes e exercícios planejados no seu contexto diário, familiar e comunitário (WHO, 2011). A manutenção de uma vida ativa pode interferir, tanto na capacidade funcional de idosos, quanto no seu bem-estar físico, social e mental, influenciando diretamente na sua percepção de qualidade de vida. Um estilo de vida ativo é responsável por aumentar o tempo de vida útil. Este comportamento pode prevenir diversas doenças crônicas como as coronarianas, diabetes, hipertensão, dentre outras (Booth, Robert, & Lauer, 2014; Hinrichs et al., 2011; Roberts, Hevener, & Barnard, 2013; WHO, 2011).

A capacidade funcional é um importante fator e influencia na rotina dos idosos. Ela pode ser compreendida como o potencial do idoso de viver sua vida de maneira independente (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Rossi-Barbosa, 2014). Esse fator é determinado pela prática de exercícios físicos ao longo da vida, não só durante o envelhecimento (Maciel, 2010). Uma boa capacidade funcional pode reduzir o risco de queda, um importante fator para a qualidade de vida de idosos, visto que muitos se tornam inativos após uma queda e têm sua saúde física e mental afetada (Liu-Ambrose et al., 2005; Svantesson, Jones, Wolbert, & Alricsson, 2015).

Estudos relacionam a prática de atividade física à melhor qualidade do sono, também vêm sendo realizados (Gladwell, Kuoppa, Tarvainen, & Rogerson, 2016; Monteiro & Ceolim, 2014). Uma intervenção de 12 semanas, baseada em um protocolo de exercícios que pudesse ser realizado em casa demonstrou tanto melhora significativa na qualidade do sono de idosos quanto redução da sonolência diurna (Brandão et al., 2018). Além disso, estudos também demonstraram que idosos ativos preservam melhor a capacidade cognitiva e retardam o prognóstico de doenças comuns aos idosos como Parkinson, Alzheimer e demências (Reynolds, Otto, Ellis, & Cronin-Golomb, 2017; Styliadis, Kartsidis, Paraskevopoulos, Ioannides & Bamidis, 2015; Teixeira et al., 2016).

Os benefícios da prática de exercícios físicos já estão bem estabelecidos pela literatura. Para a população idosa, a prática pode representar mais do que a manutenção da capacidade funcional. Isso se deve ao fato de que, muitas vezes, mesmo não aderindo a uma prática de exercícios sistematizada, que possa trazer maiores benefícios para a saúde física, o idoso, ao aderir a qualquer tipo de atividade ganha a oportunidade de convivência social e de lazer, resultando em melhor qualidade de vida. Vale ressaltar que o apoio e convívio social também são fatores que podem aumentar a aderência do idoso à atividade física (Koeneman, Verheijden, Chinapaw, & Hopman-Rock, 2011; Phillips, Wójcicki, & McAuley, 2014; Smith, Banting, Eime, O'Sullivan, & Uffellen, 2017; Svantesson et al., 2015).

1.3.4. Qualidade dos relacionamentos

As relações interpessoais são imprescindíveis para a saúde mental dos indivíduos. Entende-se como relações interpessoais aquelas desenvolvidas com familiares, amigos, parceiros românticos ou, até mesmo, conhecidos (Garcia, Macedo, & Nuves 2013). Ao envelhecer, as relações sociais podem ser percebidas como uma rede de apoio familiar e social o que pode resultar em diversos benefícios para a vida dos idosos. Em contrapartida, a falta dela pode aumentar o risco de diversas doenças (Valer, Bierhals, Aires, & Pakulin, 2015).

O sexo e a família parecem influenciar na rede de apoio social de idosos (Caetano, Silva & Vettore, 2013; Melchiorre et al., 2013). Investigação realizada por Melchiorre et al. (2013) demonstrou que mulheres idosas e pessoas que vivem em grandes famílias e/ou com cônjuge ou parceiro são mais propensas a ter alto apoio social. Nesse mesmo estudo, o apoio

social demonstrou ser um fator protetor que leva à queda da vulnerabilidade das pessoas idosas e do risco de maus tratos (Melchiorre et al., 2013).

Assim, a falta de apoio social pode estar associada ao sofrimento psicológico e às doenças de fundo psicossomático (Barger, Messerli-Burgy, & Barth, 2014; Bøen, Dalgard, & Bjertness, 2012). Além disso, uma baixa rede de apoio também pode estar relacionada com a pior autoavaliação da saúde em idosos (Caetano et al., 2013; Dai et al., 2016). Estudo realizado por Bélanger et al. (2016), avaliando idosos canadenses e latino-americanos, concluiu que diferentes fontes de apoio são importantes para idosos das duas regiões. O apoio de amigos, do parceiro ou do cônjuge foi associado a uma boa saúde para os canadenses. Já em relação aos latinos, concluiu-se que o apoio familiar, dos filhos e também do parceiro ou cônjuge, estava associado a menores taxas de depressão e à melhor qualidade de vida.

Além disso, a influência do apoio social na qualidade de vida vem sendo demonstrado em diversos trabalhos (Bowen et al., 2016; LaRocca & Scogin, 2016; Ma et al., 2015). Dessa forma, os relacionamentos se tornam um apoio na vida dos idosos. Esse apoio se reflete diretamente na saúde mental e, conseqüentemente, na saúde física. Sendo assim, o isolamento social pode acarretar piora considerável na qualidade de vida desse público.

1.3.5. Controle do estresse

Estresse pode ser entendido como a resposta do organismo a componentes fisiológicos, mentais e hormonais, quando é necessária alguma adaptação a um evento ou a uma situação importante (Lopes, Nascimento, Lopes, & Argimon, 2010). Sendo assim, quando uma pessoa se sente ameaçada, uma série de reações orgânicas, conscientes ou não, se desencadeiam ao mesmo tempo (Lopes et al., 2010). Para Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003), a resposta ao estresse é resultado da avaliação do indivíduo em relação ao estímulo. Dessa forma, os estímulos podem ser interpretados, tanto como agradáveis e relevantes quanto aterrorizantes, paralisadores, dentre outros.

Para Lipp e Malagris (2001), o estresse é um processo que se desenvolve de acordo com etapas. Nesse sentido, é possível que o estresse seja temporário, de baixa e grande intensidade. Não obstante, geralmente se diz que um indivíduo está estressado independentemente da seriedade e de onde ele se situa na reação complexa desse fenômeno. Selye (1956) definiu estresse como um processo inerente à doença. Ele produz alterações na

estrutura e na composição química corporal e se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Nessa perspectiva, esse autor propôs um modelo trifásico do estresse. Sendo assim, a SGA se trata de um conjunto de respostas a uma lesão e pode se desenvolver em três fases: alarme, resistência e exaustão.

Na fase de alarme ocorrem manifestações agudas (Selye, 1956). De acordo com Lipp (2010), é nessa fase que o organismo se prepara para as reações de fuga ou luta, atitudes essenciais para a preservação da vida. Nesse momento, o indivíduo passa a produzir mais forças e energia (Lipp, 2000). Ocorre, também, a dilatação do córtex suprarrenal e o sangue se torna mais concentrado. As alterações hormonais fazem com que ocorra aumento da motivação e entusiasmo, que pode gerar maior produtividade (Lipp & Malagris, 1995). O esforço feito nessa fase não visa a harmonia interior, mas sim ao enfrentamento da situação (Lipp, 2010).

Caso o estresse permaneça por tempo indeterminado, se inicia a fase de resistência (Lipp, 2010). Quando o indivíduo se encontra em resistência, as manifestações da primeira etapa desaparecem (Selye, 1956). Nessa fase, o indivíduo aumenta a sua capacidade de resistência e o córtex suprarrenal acumula grande quantidade de grânulos de secreção hormonal segregados, levando a diluição do sangue (Lipp, 2010). Para Lipp e Malagris (1995), desse modo ocorre a busca pelo reequilíbrio, exigindo muita energia e levando o indivíduo a uma sensação de desgaste generalizado sem motivo aparente. Ademais, se o estressor é contínuo e o indivíduo não possui estratégias para lidar com o fenômeno, o organismo esgota a sua reserva de energia e, então, a fase de exaustão aparece, levando ao surgimento de doenças (Lipp, 2010). Para Cortez e Silva (2007), eventos estressores podem trazer alterações tanto neuroendócrinas, trazendo importantes alterações no metabolismo, quanto alterações no sistema imunológico, causando a imunossupressão no organismo do indivíduo. Assim, é possível a ocorrência de diversos problemas de saúde como consequência do estresse, como distúrbios do sono, psiquiátricos, abuso e dependência de álcool e drogas, dentre outros (Cortez & Silva, 2007).

Lipp (2000) identificou uma quarta fase do estresse, formando o modelo quadrifásico. A essa fase foi dado o nome de quase exaustão e ela ocorre quando o indivíduo fica enfraquecido e não consegue mais se adaptar ou resistir ao agente estressor. As doenças nessa fase começam a surgir, mas não são tão graves como na fase de exaustão. Desse modo, o indivíduo ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade até certo ponto. A quase exaustão se refere à fase final da resistência do modelo de Selye (1956), quando a capacidade de resistir do indivíduo começa a se esgotar.

Lipp (2010) relata que o estresse excessivo traz desdobramentos não só para o indivíduo, mas também para a família, o trabalho e a sociedade. No âmbito psicológico e

emocional, o excesso de estresse leva ao cansaço mental, à dificuldade de concentração, à perda de memória imediata, à apatia e à indiferença emocional. A produtividade do indivíduo também sofre quedas e sua criatividade é afetada. São comuns crises de ansiedade e humor depressivo. A libido pode ficar diminuída e os problemas físicos podem se fazer presentes. Nessa perspectiva, o estresse prolongado afeta diretamente o sistema imunológico, reduzindo a resistência e propiciando o surgimento de doenças como úlceras, hipertensão, diabetes, dermatites, alergias, impotência sexual, obesidade, dentre outros (Lipp, 2010).

Desse modo, a resposta ao agente estressor envolve aspectos cognitivos (capacidade de avaliar o estímulo e a resposta que será dada a ele); comportamentais (fuga, passividade); e fisiológicos (alterações hormonais) (Margis et al., 2003; Silberg, Rutter, Neale, & Eaves, 2001). Esses aspectos buscam melhorar a percepção da situação e de suas demandas, possibilitando a busca de solução por meio da seleção de condutas adequadas e preparando o organismo para agir de maneira rápida. É importante ressaltar que diferentes situações estressoras ocorrem ao longo dos anos e as respostas variam entre os indivíduos. Em seguimento, podem ocorrer manifestações psicopatológicas como depressão, ansiedade, transtornos psiquiátricos, dentre outros (Margis et al., 2003; Silberg et al., 2001).

As modificações fisiológicas, psicológicas e sociais ocorridas no envelhecimento podem levar ao estresse psicológico. A incompreensão do idoso da sua própria condição pode levar ao quadro de estresse crônico. Nessa faixa etária é comum a preocupação com a saúde, pensamentos sobre a morte e, até mesmo, a negação da sua nova condição física, social e cognitiva (Gaffey, Bergeman, Clark, & Wirth, 2016; Moos, Brennan, Schutte, & Moos, 2007; Zhang, Simon, & Dong, 2014).

Uma das estratégias utilizadas para a adaptação diante dessas circunstâncias adversas é o *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglio, & Bandeira, 1998). Em português, utiliza-se também os termos “enfrentamento” ou “estratégias de enfrentamento” ao se falar de *coping* (Wathier, Giacomoni, & Dell’Aglio, 2007). Para Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode ser visto como um conjunto de esforços comportamentais e cognitivos utilizados pelos indivíduos para lidar com demandas específicas que surgem em situações de estresse. Para esses autores, tais estratégias podem ser focadas na emoção ou no problema. Para Antoniazzi et al. (1998), o *coping* focalizado na emoção está relacionado ao esforço individual realizado para regular o estado emocional diante de uma situação de estresse. Desse modo, esses esforços são dirigidos ao nível de sentimentos e são realizados com o objetivo de alterar o estado de humor do indivíduo. Ações como fumar um cigarro, assistir a uma comédia ou tomar tranquilizantes, são exemplos de estratégias de *coping* direcionadas à emoção.

Quando o *coping* é focalizado no problema, o indivíduo realiza esforços para alterar a situação que deu origem ao estresse. Quando se deseja mudar uma situação que ocasionou estresse, toma-se a adoção de atitudes como a negociação, a fim de solucionar problemas interpessoais ou o pedido de ajuda prática a outras pessoas para solucionar a questão (Antoniazzi et al., 1998). Para Mélendez, Afonso-Benlliure e Mayordomo (2017), o envelhecimento saudável envolve a adaptação às novas exigências do meio ambiente. Por esse motivo, além da adaptabilidade, é saudável que o idoso mantenha a geração de ideias e soluções eficazes para a resolução de problemas, fazendo uso da experiência passada para enfrentar as condições do presente. Em estudo realizado por esses autores, os idosos que tinham estratégias de enfrentamento focado nas emoções se demonstraram mais propensos a desenvolver humor deprimido (Mélendez et al., 2017). Já aqueles idosos que adotavam estratégias mais racionais e focadas no problema demonstraram menor propensão às variações no humor (Mélendez et al., 2017).

Chen, Peng, Xu e O'Brien (2017) avaliaram estratégias de enfrentamento de pessoas com idades entre 18 e 89 anos e apontaram que os adultos mais velhos eram menos propensos a utilizar estratégias focadas nos problemas do que os adultos mais jovens. Corroborando esse achado, Rubio, Dumitrache, García e Córdon-Pozo (2016) verificaram que a capacidade de resolução de problemas está negativamente relacionada à idade. Para Mezuk et al. (2017), comportamentos relacionados à saúde como tabagismo, consumo de álcool, prática de exercícios e alimentação, muitas vezes são adotados como estratégias autorreguladoras de enfrentamento ao estresse.

A religiosidade também tem sido apontada como um importante fator que pode oferecer suporte emocional e auxiliar na resolução de situações problemáticas e dificuldades encontradas nos últimos anos da vida (Reis & Menezes, 2017). Ademais, muitos idosos fazem da religiosidade uma estratégia de enfrentamento dos problemas. Essa estratégia é denominada como *coping* religioso e pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa. Assim, o *coping* religioso positivo abrange estratégias que oferecem efeito benéfico ao indivíduo, como a busca do amor e proteção de Deus e maior conexão com forças transcendentais. Não obstante, o *coping* religioso negativo envolve estratégias prejudiciais como a redefinição do componente estressor como uma punição divina (Mesquita et al., 2013).

Existem também técnicas de respiração, relaxamento e *mindfulness*² que oferecem uma abordagem comportamental para manejo do estresse. Essas técnicas têm como objetivo, a redução das tensões e promoção do bem-estar físico e psicológico e são indicadas para aliviar os sintomas de estresse (Marques & Delfino, 2016). As técnicas de respiração consistem no treinamento do aumento da utilização do músculo do diafragma durante o ciclo respiratório, podendo elevar a consciência corporal, estabilizar o sistema nervoso automático, aumentar a variabilidade da frequência cardíaca, reduzir a pressão arterial, aumentar a imunidade e melhorar a qualidade do sono e da digestão (Marques & Delfino, 2016).

O relaxamento é uma técnica baseada na busca de o organismo voltar ao seu estado natural, promovendo a reestruturação cognitiva e sendo capaz de ampliar os recursos para as situações estressoras, podendo se mostrar bastante útil, uma vez que são naturais pensamentos automáticos durante as situações de estresse. Dentre esses pensamentos estão envolvidas generalizações, sentimento de catástrofes e de tudo ou nada, previsões de futuro, dentre outros (Marques & Delfino, 2016). Para Neves Neto (2011), o relaxamento aumenta a concentração, a atenção e a flexibilidade cognitiva, contribui para a redução do estímulo ambiental e também reduz a frequência cardíaca e arterial.

Já o *mindfulness* busca a regulação intencional da atenção do indivíduo ao que está acontecendo à volta dele, a cada momento. Isso quer dizer que essa técnica consiste em um treinamento para manter a atenção focada e sustentada a uma atividade ou circunstância enquanto as mesmas estão ocorrendo e pode ser utilizada em todos os momentos da vida dos seres humanos e pode levar a uma melhor satisfação com a vida, melhora dos relacionamentos, desenvolvimento da resiliência e menor estresse, ansiedade e depressão (Marques & Delfino, 2016).

Para Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas e Jeste (2010), o acesso a informações personalizadas podem auxiliar na tomada de decisão dos idosos e melhorar suas estratégias de enfrentamento, aprimorando a compreensão sobre os desafios de saúde e obstáculos da vida. Os autores também sugerem que o desenvolvimento de programas que valorizem o sistema de apoio como os serviços de assistência domiciliar, transporte e engajamento social e produtivo podem ajudar tanto no enfrentamento, quanto no incentivo para que idosos participem de atividades significativas atuando como um importante ator social. Desse modo, visto que o

² Refere-se ao estado mental e psicológico caracterizado pela regulação intencional da atenção ao que está acontecendo no exato momento (Marques & Delfino, 2016).

estresse pode ser frequente no idoso, a melhor compreensão das estratégias de manejo desse problema pode ajudá-los a lidar com as adversidades típicas da idade.

1.4. RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS

O aumento da expectativa de vida trouxe a necessidade de se compreender os fatores que influenciam a qualidade de vida de idosos. Atualmente, sabe-se que o estilo de vida é um desses fatores. Nessa perspectiva, este tópico pretende abordar o panorama atual de investigações que relacionam esses dois construtos. Vale ressaltar que essa abordagem busca averiguar os estudos que vêm sendo realizados de acordo com os cinco componentes do estilo de vida que foram discutidos nos tópicos anteriores. Pesquisas têm demonstrado a influência de fatores como o consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, prática de exercícios físicos, alimentação equilibrada, aspectos sociais, dentre outros fatores, na qualidade de vida de idosos (Atkins et al., 2013; Blair, Robien, Inoue-Choi, Rahn, & Lazovich, 2015; Harada, Shibata, Oka, & Nakamura, 2015; Naughton et al., 2016)

Assim, estudos que buscam compreender a influência do estilo de vida na qualidade de vida desse público têm sido desenvolvidos a nível mundial. Pesquisas sobre o tema têm sido conduzidas na Europa (Bayán-Bravo et al., 2017; Dohrn et al., 2017; Gouveia et al., 2017; Moreno-Vecino et al., 2017), na América do Norte (Blair et al., 2015; Naughton et al., 2016), na Oceania (Atkins et al., 2013; Footit & Anderson, 2012), na Ásia (Harada et al., 2015; Pan et al., 2017) e na América Latina (Agüero & Leiva, 2015; Durán, Mattar, Bravo, Moreno, & Reyes, 2014; Freitas et al., 2014; Meneguci et al., 2015). No Brasil, de acordo com revisão realizada recentemente (Ferreira et al., 2018), estudos também foram realizados nesse âmbito, principalmente relacionando o impacto da prática de exercícios físicos na qualidade de vida de idosos (Camelo, Giatti & Barreto, 2016; Guedes et al., 2012; Marques, Schneider, & D'orsi, 2016; Meneguci et al., 2015; Porto et al., 2012; Silva et al., 2012). Esse fato demonstra a importância que é dada a essa temática no Brasil e no mundo.

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que a percepção da qualidade de vida pode ser vista como produto da interação de diversos comportamentos adotados pelos indivíduos. Visto o panorama atual de pesquisas sobre esse tema, percebe-se o interesse de se investigar o impacto do estilo de vida na qualidade de vida dessa população, no entanto, nota-se que essas investigações são realizadas sob uma perspectiva quantitativa, inclusive no Brasil,

evidenciando-se uma lacuna onde é possível verificar, a escassez de estudos que buscam compreender qualitativamente as particularidades envolvidas nos comportamentos adotados como estilo de vida por essa população.

A respeito do impacto dos comportamentos de prevenção na percepção de qualidade de vida de idosos, o que mais tem sido estudado na literatura é sobre o impacto da ingestão de álcool e do tabagismo na avaliação desse construto (Atkins et al., 2013; Bayán-Bravo et al., 2017; Blair et al., 2015; Camelo et al., 2016; Chatziralli et al., 2016; Footitt & Anderson, 2012; Naughton et al., 2016; Pan et al., 2017; Zaracoza-Martí, Ferrer-Casteles, Hurtado-Sánchez, Laguna-Pérez, & Calañero-Matínez, 2018). Nessa perspectiva, sabe-se que esses dois fatores podem aumentar a predisposição a diversas doenças. Não obstante, nos estudos de Atkins et al. (2013) e Naughton et al. (2016) esses fatores não se apresentaram como preditores independentes da qualidade de vida, ou seja, eles se relacionam com outros componentes do estilo de vida que foram averiguados. Esse fato demonstra que, uma vez que a qualidade de vida se trata de um construto subjetivo e complexo, pode ser que variáveis do estilo de vida nem sempre vão impactar esse construto como esperado, uma vez que essa influência poderá acontecer ou não em decorrência da interação de diversos fatores.

Outro aspecto que tem sido investigado é a influência da alimentação na qualidade de vida (Agüero & Leiva, 2015; Bayán-Bravo et al., 2017; Blair et al., 2015; Camelo et al., 2016; Footitt & Anderson, 2012; Milla, Johns, & Agüero, 2014; Pan et al., 2017; Zaracoza-Martí et al., 2018). Aparentemente, a alimentação interfere na percepção da qualidade de vida à medida que influencia no estado de saúde geral dessa população. No trabalho realizado por Zaracoza-Martí et al. (2018) com 351 idosos, a adesão à dieta mediterrânea³ esteve associada à melhores pontuações nas dimensões de autopercepção de saúde física e mental do SF-12 para ambos os sexos. Agüero e Leiva (2015), em investigação com idosos entre 80 e 90 anos, encontraram que os hábitos alimentares da amostra apresentavam excesso de calorias e insuficiência de vitaminas e minerais. Esse fato foi recorrente, principalmente nas mulheres, e essa condição estava associada a uma percepção moderada da qualidade de vida (Agüero & Leiva, 2015).

Na investigação de Milla et al. (2014), a qual avaliou 1285 idosos, o consumo do café da manhã esteve associado a uma melhor percepção da qualidade de vida. Os idosos que, por sua vez, não consumiam essa refeição apresentavam um maior IMC e, conseqüentemente, pior percepção da qualidade de vida. Nessa perspectiva, foi demonstrado que o hábito de tomar café

³ Dieta caracterizada por um consumo elevado de azeite, fruta, frutos secos, vegetais e cereais; um consumo moderado de peixe e aves; um baixo consumo de laticínios, carnes vermelhas, carnes processadas e doces; e vinho com moderação, consumido às refeições (Machado, 2013).

da manhã influencia na composição corporal desse público. Visto isso, segundo os autores, é possível que a ingestão dessa refeição reflita em uma maior preocupação com a saúde por parte dos idosos, refletindo na sua avaliação sobre o construto abordado.

Nesse seguimento, vale ressaltar que a atividade física é o fator que mais tem sido investigado como um importante influenciador da qualidade de vida dessa população (Blair et al., 2015; Chatziralli et al., 2016; Footit & Anderson, 2012; Freitas, Meereis, & Golçalves, 2014; Machón, Larrañaga, Dorronsoro, Vrotsou, & Vergara, 2017; Marques et al., 2016; Meneguci et al., 2015; Moreno-Vecino et al., 2017, Silva et al., 2012). A investigação de Blair et al. (2015), realizada entre os anos de 1986 e 2004, com dois grupos de mulheres com idades entre 73 e 88 anos (um de sobreviventes do câncer e o outros de isentas da doença), demonstrou que as mulheres de ambos os grupos apresentavam uma percepção ruim da qualidade de vida quando inativas fisicamente. Assim, o sedentarismo e o tempo sentado também demonstram ser inversamente proporcionais à boa avaliação da qualidade de vida (Atkins et al., 2013; Dohn et al., 2016; Meneguci et al., 2015).

A prática de exercícios físicos influencia na capacidade funcional dos idosos. Dessa forma, no trabalho de Pan et al. (2016) a maior funcionalidade dos idosos esteve associada à menor incidência de depressão e à melhor percepção de qualidade de vida. Esses achados são semelhantes aos de Atkins et al. (2017), onde o pior estado funcional associou-se ao pior sofrimento psicológico e, conseqüentemente, à pior qualidade de vida. Para Silva et al., (2012), a menor locomoção e autonomia também estiveram associadas à pior percepção da qualidade de vida em idosos.

Estudos também vêm demonstrando que a prática de exercícios muitas vezes influencia na interação e aumento da participação social dos idosos (Freitas et al., 2014; Meneguci et al., 2015). A investigação de Freitas et al., (2014) demonstrou que a prática de exercícios pode melhorar as relações sociais dos idosos, refletindo positivamente na sua percepção de qualidade de vida. Camelo et al. (2016) verificaram que as baixas pontuações no domínio de saúde mental do instrumento que avaliava a qualidade de vida – *Medical Outcome Study 12-item Short Form (SF-12)* – relacionaram-se à insatisfação com os relacionamentos. Esses resultados corroboram o trabalho de Freitas et al. (2014), no qual idosos sedentários com menor participação social apresentaram menores pontuações nos domínios psicológicos do instrumento de avaliação (SF-36).

Desse modo, para Marques et al. (2016), comportamentos como a participação em grupos religiosos, uso da internet e outras atitudes que levam a modificações nas relações sociais influenciam na avaliação da qualidade de vida. Ainda nesse aspecto, é importante

ressaltar que as relações familiares e sociais representam um fator muito importante na saúde emocional da população idosa. Desse modo, o bom convívio do idoso com a sua família e sociedade, assim como o suporte dado por essas pessoas ao indivíduo, dialoga diretamente com a sua saúde mental e contribui para a melhor autoavaliação da qualidade de vida (Atkins et al., 2013; Marques et al., 2016; Meneguci et al., 2015; Naughton et al., 2016).

O estresse parece ser um fator que também pode influenciar na percepção de qualidade de vida dos idosos. Estudo conduzido por Sharp, O’Leary, O’Ceilleachair, Skally e Hanly (2018), realizado com sobreviventes de câncer colorretal, demonstrou que pessoas que relatavam estresse e tensão financeira relacionado ao câncer apresentavam uma pior avaliação da qualidade de vida. Sakamoto et al., (2017) perceberam que o sofrimento psíquico e angústia psicológica também influenciaram negativamente na percepção da qualidade de vida de pacientes que realizavam tratamento quimioterápico. Esses estudos ainda apontam para a importância do desenvolvimento de intervenções que visam melhorar a saúde mental dos indivíduos, visto a influência desta na sua qualidade de vida.

Sendo assim, é importante ressaltar que existe uma evidente interação dos componentes do estilo de vida na melhor ou pior percepção da qualidade de vida. Diante dos fatores que têm sido investigados como influenciadores da qualidade de vida de idosos e através da revisão de Ferreira et al. (2018) que buscou realizar o levantamento de pesquisas atuais que investigam esses fatores, percebe-se a escassez de trabalhos que utilizam da metodologia qualitativa para investigar o estilo de vida dessa população. Nessa perspectiva, uma vez que, estudos que utilizam esse tipo de abordagem se fazem necessários para a melhor compreensão das particularidades presentes no estilo e na qualidade de vida desse público, a presente pesquisa busca contribuir para esse cenário. Assim, este trabalho se trata de uma investigação que visa compreender algumas peculiaridades que podem estar envolvidas na influência do estilo de vida na percepção da qualidade de vida de idosos. Para isso, além de uma investigação de natureza quantitativa, procurou-se investigar qualitativamente aspectos gerais dos cinco componentes do estilo de vida discutidos nos tópicos anteriores.

CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Neste capítulo estão descritos os procedimentos adotados na pesquisa. Inicialmente, são apresentados os aspectos éticos envolvidos no estudo e a caracterização da investigação. Posteriormente, são descritos detalhadamente os procedimentos adotados em cada etapa do trabalho. É importante ressaltar que a presente pesquisa foi dividida em Etapa 1 e Etapa 2.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa possui delineamento transversal e se caracteriza como descritiva e correlacional. As pesquisas transversais visam analisar o comportamento das variáveis investigadas em apenas um momento e os estudos descritivos buscam descrever um fenômeno sem que haja manipulação das variáveis pelo pesquisador. As investigações correlacionais investigam a existência de relação entre as questões de interesse (Thomas, Nelson, & Silverman, 2012).

Este trabalho possui características de métodos mistos de pesquisa. Isto se deve ao fato de que determinados problemas de pesquisas podem ser respondidos mais claramente através da combinação de abordagens quantitativas e qualitativas (Thomas et al., 2012). Desse modo, na presente dissertação, foi utilizado o método misto sequencial. Na primeira etapa, desenvolveu-se uma investigação quantitativa e na segunda realizou-se um trabalho qualitativo. Como previsto nesse tipo de combinação, os resultados da primeira parte influenciam no que ocorrerá posteriormente.

É importante ressaltar que os estudos quantitativos objetivam a quantificação de opiniões e informações, utilizando-se de técnicas estatísticas variadas para análise e interpretação dos dados (Thomas et al., 2012). Já a pesquisa qualitativa tem o propósito de trabalhar com significados, motivos, aspirações, atitudes e valores, a fim de compreender um fenômeno que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis (Minayo, 1999). Muitas vezes, a utilização de um só método não é suficiente para estudar o fenômeno observado e, por esse motivo, a utilização dos dois métodos, de forma complementar, se torna a melhor opção (Minayo & Sanches, 1993).

2.1. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o número de inscrição 68391217.7.0000.5147 e parecer número 2.250.480 (ANEXO I).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), presente nas duas etapas deste trabalho (ANEXO II). Além dos objetivos e procedimentos do estudo, nesse termo estava explicado que a participação na pesquisa ocorreria de forma voluntária, sem custo ou retorno financeiro para o participante e os mesmos poderiam retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Ademais, os participantes foram informados que a presente pesquisa era composta por duas etapas, justificando assim a coleta do número de telefone daqueles que aceitaram participar. Ressalta-se ainda, que todos os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por cinco anos, mantendo o sigilo e anonimato dos participantes.

2.3. ETAPA 1

2.3.1. População e amostra

A população deste estudo é composta por idosos acima de 60 anos, residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (MG). Segundo o último censo do IBGE (2010), o referido município possuía 516.247 habitantes. Destes, estima-se que 70.288 eram pessoas com mais de 60 anos (IBGE, 2010). Para esta etapa, foi realizado um cálculo amostral⁴ com base no número total de idosos da cidade. Levou-se em consideração o cálculo baseado em uma amostra finita, adotando-se um percentual mínimo de 50%. Ademais, considerou-se 95% de intervalo de confiança e 5% de erro amostral. Chegou-se a uma amostra ideal mínima de 383 idosos de ambos os sexos.

⁴ Cálculo amostral realizado através da seguinte calculadora online:
<http://www.publicacoesdeturismo.com.br/calculoamostral/>

2.3.2. Critérios de inclusão

Foram incluídas pessoas a partir dos 60 anos que apresentaram capacidade de fala compatível com as necessidades da presente pesquisa.

2.3.3. Critérios de exclusão

Foram excluídas pessoas que, por algum motivo, deixaram de responder a algum dos instrumentos da pesquisa ou não os preencherem na íntegra.

2.3.4. Instrumentos

2.3.4.1. Questionário sociodemográfico

Com o objetivo de conhecer as características sociodemográficas da amostra, foi aplicado um questionário com perguntas diretas e objetivas. Este questionário foi confeccionado pela própria pesquisadora e submetido a cinco juízes pesquisadores da área que verificaram a relevância e coerência das questões avaliadas e coletou informações como: idade, estado civil, etnia, arranjo familiar, doenças diagnosticadas, uso de cigarros e/ou bebidas alcólicas, prática de exercícios físicos e massa corporal, estatura autorrelatados e o número do telefone do entrevistado para que fosse possível entrar em contato com o mesmo caso este fosse selecionado para a segunda etapa da pesquisa (APÊNDICE I). Classificou-se o IMC de acordo com a OMS (1995), sendo que aqueles idosos que obtiveram valores abaixo de 18,49 kg/m² foram considerados abaixo do peso. Aqueles que se encontravam entre 18,5 a 24,9 kg/m² foram considerados eutróficos, ou seja, com o peso adequado. Por fim, àqueles com IMC entre 25 a 29,9 kg/m² foram considerados com sobrepeso e acima dos 30 kg/m² com obesidade

2.3.4.2. Critério de Classificação Econômica Brasil

Para identificar a situação socioeconômica dos idosos, foi utilizado o “Critério de Classificação Econômica Brasil” em sua versão atualizada (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP, 2015) (ANEXO III). Este instrumento utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica e realiza a soma das pontuações variando de 0 a 100. A classificação é dada por: A1 – 45 a 100 pontos; B1 – 38 a 44; B2 – 29 a 37; C1 – 23 a 28; C2 – 17 a 22; D e E – 0 a 16. Vale ressaltar que cada estrato socioeconômico representa uma média de renda domiciliar, a saber: 20.888 reais (A), 9.254 reais (B1), 4.852 reais (B2), 2.705 reais (C1), 1.625 reais (C2) e 768 reais (D-E).

2.3.4.3. 36-Item Short Form Survey (SF-36)

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado SF-36 (ANEXO IV), originalmente desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992). Ciconelli et al. (1999) realizaram a adaptação transcultural para o Brasil. Desse modo, a versão do SF-36 utilizada neste estudo foi validada para a população de homens e mulheres, com idades entre 26 e 81 anos. Para a validação, os autores correlacionaram o SF-36 com os parâmetros laboratoriais, clínicos e com os resultados dos seguintes questionários de qualidade de vida: *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *Nottingham Health Profile* (NHP) e *Arthritis Impact Measurement Scales 2* (AIMS2). Para tanto, utilizaram o coeficiente de Pearson para avaliar a reprodutibilidade (teste-reteste) e a validade. A consistência interna foi avaliada por meio de correlações das questões, apresentando valores moderados entre 0,30 a 0,50. O estudo concluiu que o instrumento possui reprodutibilidade e validade (Ciconelli et al., 1999).

Esse instrumento genérico de avaliação tem como objetivo avaliar a percepção do indivíduo em relação a sua qualidade de vida e tem sido utilizado tanto para a população de diversas faixas etárias (Husby et al., 2016; Mandrell et al., 2016; Zaragoza-Martí et al., 2018) quanto para grupos com patologias específicas específicos (Blair et al., 2015; Chatziralli et al.,

2016; Dohrn et al., 2016). O questionário é composto por 36 itens, divididos em oito domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens) e saúde mental (cinco itens). O escore de cada domínio pode variar de zero a 100, sendo que os escores mais próximos de zero representam uma pior percepção de qualidade de vida, enquanto aqueles mais próximos de 100, uma melhor percepção de qualidade de vida (Ciconelli et al., 1999).

É importante ressaltar que, através do algoritmo de Ware, Kosinski, & Keller (1994), é possível transformar os oito domínios do instrumento em dois: o Componente Físico Sumarizado (CFS) composto pela capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e vitalidade; e o Componente Mental Sumarizado (CMS) composto por aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental, estado geral de saúde e vitalidade.

2.3.5. Procedimentos de coletas de dados

Na primeira etapa da pesquisa, para que se conseguisse uma amostra mais heterogênea quanto possível, as coletas foram realizadas de modo a abordar idosos moradores de bairros pertencentes às oito regiões de Juiz de Fora (Norte, Sul, Centro, Leste, Oeste, Nordeste, Noroeste, Sudeste). Desse modo, optou-se por locais conhecidos pela frequência de idosos de diversas regiões, tais como: a principal praça central do município, eventos religiosos em bairros diversos, idosos atendidos por Organizações não Governamentais (ONG's) localizadas em bairros periféricos, arredores de centros de marcação de consultas médicas do município, pontos de ônibus e grupos de idosos de diversas regiões.

Os idosos foram abordados, convidados a participarem da pesquisa e informados a respeito dos procedimentos. Aqueles que aceitaram participar, assinaram o TCLE. Os questionários foram aplicados em forma de entrevista pela própria pesquisadora e/ou por colaboradores devidamente treinados. Todos os instrumentos foram preenchidos em um único momento e não houve limite de tempo para o preenchimento dos mesmos.

2.3.6. Análise dos dados

Nesta etapa, foram analisados os dados quantitativos por meio *software* SPSS 21.0 e o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Para cada dimensão do SF-36 foram calculados a média, a mediana, o desvio padrão e os valores de mínimo e máximo. Todas as variáveis categóricas foram analisadas através de frequência absoluta e relativa. Para averiguar a consistência interna do SF-36 para a amostra em questão foi calculado o alpha de Cronbach, o qual apresentou uma boa consistência ($\alpha=0,904$). Assim, foi considerado adequado valor acima de 0,70 (Streiner, 2003). Em seguida, foi aplicado o teste de normalidade *Kolmogorov Smirnov*. Desse modo, verificou-se que as variáveis investigadas nesta pesquisa foram consideradas não paramétricas. Nesse sentido, foi utilizado o teste U de *Mann Whitney* para comparar os grupos quanto ao sexo, situação de moradia, prática de exercícios, ingestão e álcool e tabagismo. Do mesmo modo, foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* com comparações múltiplas em formas de pares para comparar os grupos quanto às faixas etárias, estado civil, IMC, número de comorbidades, situação de trabalho, frequência de atividade física, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo e classificação socioeconômica. A fim de selecionar os idosos entrevistados na Etapa 2, a partir dos resultados de cada uma das oito dimensões do SF-36 foram calculados o CFS e o CMS de acordo com a recomendação dos autores do instrumento (Ware et al., 1994).

2.4. ETAPA 2

2.4.1. População e amostra

Nesta etapa, foram selecionados, de acordo com a pontuação do CFS e CMS do SF-36, idosos que já tinham participado da primeira etapa do trabalho. Assim, as oito dimensões do SF-36 foram reduzidas a dois componentes sumarizados. A partir disso, foram selecionados aqueles idosos com as maiores e menores pontuações em cada um dos componentes, ou seja, idosos cujas pontuações se encontravam no primeiro ou terceiro quartil. Desse modo, no CFS, foram selecionados aqueles com pontuações menores que 45,95 e maiores que 52,27 e, no CMS,

aqueles com pontuações menores que 46,15 e maiores que 53,93. A pesquisadora entrou em contato com os participantes para convidá-los a participar desta etapa, escolhendo o número de participantes considerando o princípio da saturação, no qual a redundância dos dados coletados justifica a interrupção de captação de novos membros para a amostra (Fontanella, Ricas, & Turato 2008).

Assim, dos 383 idosos que responderam o SF-36 na primeira etapa, foram selecionados 32 para a segunda etapa. Sendo que, dentre as maiores pontuações, foram entrevistados seis idosos com os melhores resultados no Componente Físico Sumarizado, outros seis com melhor pontuação do Componente Metal Sumarizado e quatro que estavam entre as maiores pontuações em ambos os componentes. Por outro lado, o mesmo aconteceu com os idosos que estavam entre as menores pontuações, tendo sido entrevistados seis idosos com as piores pontuações do CFS, seis com as menores pontuações do CMS e quatro com as piores pontuações em ambos os componentes.

2.4.2. Critérios de inclusão

Para participar da Etapa 2, o participante deveria ter respondido a todos os questionários do estudo 1 e estar entre as maiores ou menores médias dos CFS e CMS do SF-36.

2.4.3. Critérios de exclusão

Foi excluído o participante que não respondeu a entrevista em sua totalidade ou que não aceitou que a mesma fosse gravada.

2.4.4. Questionários e instrumentos utilizados

2.4.4.1. Entrevista semiestruturada

Nesta etapa foi realizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE II), contendo perguntas relacionadas ao estilo de vida, considerando o comportamento preventivo, a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, qualidade dos relacionamentos e o controle do estresse.

O roteiro desta entrevista semiestruturada foi aplicado no formato de conversa, a qual foi gravada e não houve tempo limite de duração. Os locais de cada conversa variaram de acordo com a preferência dos voluntários.

2.4.5. Procedimentos de coletas de dados

A seleção amostral se deu por aqueles que obtiverem as maiores e menores pontuações nos CFS e no CMS do instrumento avaliativo da percepção de qualidade de vida (SF-36). Após essa análise inicial dos dados da primeira etapa, a pesquisadora entrou em contato com os idosos cujos questionários foram selecionados e foi feito o convite para participarem da segunda etapa. A entrevista foi realizada em um local de preferência do entrevistado. A entrevista foi iniciada após a assinatura do TCLE (ANEXO V). Todo o procedimento foi gravado por meio de um Gravador De Voz Digital da marca Sony e modelo ICD-PX470. Não houve tempo limite para a realização da entrevista.

2.4.6. Análise dos dados

Foi realizada a análise das gravações da entrevista semiestruturada. Inicialmente, as mesmas passaram pelo processo de transcrição na íntegra. A análise dos dados transcritos foi feita por meio da Análise de Conteúdo, por consistir em um conjunto de técnicas para análise

de comunicações, ou seja, no tratamento das informações contidas em diferentes tipos de mensagens (Bardin, 2011). Como uma das possibilidades existentes nessa técnica, foram estabelecidas categorias de análise conforme estas surgiam na fala dos entrevistados. As falas foram agrupadas em categorias dentro dos cinco temas que se pretende investigar com a entrevista (comportamento preventivo, exercícios físicos, alimentação, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse).

É importante ressaltar que a análise temática foi empregada visando investigar os “núcleos de sentido”, que compõem a comunicação, cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O motivo de utilizar a análise temática se justifica pelo fato de que o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências etc. As respostas as questões abertas, entrevistas individuais e em grupos, de inquéritos, protocolos, testes, reuniões de grupo e comunicação de massa, frequentemente são analisados tendo o tema por base (Bardin, 2011).

CAPÍTULO 3: RESULTADOS E DISCUSSÃO – ETAPA 1

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados do estudo quantitativo da presente dissertação. Para uma melhor compreensão, inicialmente foram apresentados os resultados de modo a caracterizar a amostra. Foram também descritos os achados relacionados à qualidade de vida de acordo com os objetivos estabelecidos inicialmente para esta pesquisa. Posteriormente, os resultados foram discutidos e confrontados com estudos prévios presentes na literatura.

3.1. RESULTADOS

Participaram estudo 383 idosos com idade entre 60 e 92 anos [Média = 70,26; Desvio Padrão (DP) = 7,51]. Colaboraram com essa investigação idosos de 30 bairros distribuídos em oito regiões de Juiz de Fora (Norte, Sul, Centro, Leste, Oeste, Nordeste, Noroeste, Sudeste). A Tabela 1 apresenta a frequência absoluta e relativa da distribuição de idosos por regiões do município de Juiz de Fora.

Tabela 1. Frequência relativa e absoluta de idosos por região de Juiz de Fora.

Região	Idosos	
	N	%
Norte	39	10,2
Sul	18	4,7
Centro	204	53,3
Leste	46	12,0
Oeste	20	5,2
Nordeste	26	6,8
Noroeste	15	3,9
Sudeste	15	3,9
Total	383	100

Fonte: A autora (2019).

A amostra foi composta por 188 mulheres (49,1%) e 195 homens (50,9%). Para uma melhor compreensão sobre a percepção da qualidade de vida em cada etapa da velhice, optou-se por dividir a amostra em cinco grupos (60 a 65 anos, 66 a 70 anos, 71 a 74 anos, 75 a 80 anos e acima de 80 anos). Essa divisão foi realizada a fim de se obter grupos mais homogêneos, bem para comparar diferenças da avaliação da qualidade de vida em idosos de diferentes grupos etários. Em relação ao estado civil, 46% da amostra (n=176) se declarou casada ou em uma união de fato e 26,9 % (n=103) se declarou viúva. O IMC médio da amostra foi de 25,93 kg/m² (DP = 4,96). Desse modo, 8,6% dos idosos (n=33) se encontravam abaixo do peso, 38,2% (n=146) eutróficos, 33,4 % (n=128) com sobrepeso e 19,8% (n=76) com obesidade. As três doenças mais relatadas foram hipertensão (47,8%; n=183), hipercolesterolemia (26,9%; n=103) e artrite/artrose (17,5%; n=67). Nesse seguimento, as comorbidades foram um fator de destaque na amostra, uma vez que 24% (n=92) dos idosos relataram a presença de duas doenças e 22,7% (n=87) de três ou mais doenças. Apenas 19,6% dos entrevistados (n=75) relataram a ausência de patologias.

Cerca de 79,9% (n=306) dos entrevistados se encontravam aposentados e 28,5% (n=109) declararam morar sozinhos. Daqueles que relataram consumir bebidas alcoólicas (31,8 %; n=122), 82 eram homens (21,4%). Apenas 13,3% declararam-se tabagistas (n=51). Em relação à prática de exercícios físicos, 52,2% disseram fazer pelo menos uma atividade (n=200). Dos idosos que relataram praticar exercícios, 132 eram mulheres (34,5%), 141 deles (70,5%) disseram praticar exercícios três vezes por semana ou mais. As modalidades mais adotadas pelos idosos foram caminhada (19,3%; n=74), dança (13,3%; n=51) e pilates (10,1%; n= 39). Nessa perspectiva, 41,8% dos idosos (n=160) avaliaram seu estado de saúde como bom e apenas 3,9 % como ruim (n=15).

Em relação ao perfil socioeconômico levantado pelo ABEP, a amostra apresentou uma distribuição homogênea em relação às classificações. As classificações mais identificadas na presente amostra foram a B2 (24,6 %; n=94) e C1 (24,3 %; n=93). A Tabela 2 a seguir apresenta mais detalhadamente os dados descritivos da amostra divididos por sexo, seguido de frequência absoluta e relativa.

Tabela 2. Frequência relativa e absoluta de idosos quanto as características descritivas.

	Total	Mulheres	Homens
Total	383 (100%)	188 (49,1%)	195 (50,9%)
Faixa etária			
60-65	127 (33,2%)	55 (14,4%)	72 (18,8%)
66-70	82 (21,4 %)	38 (9,9%)	44 (11,5%)
71-75	74 (19,3 %)	40 (10,4%)	34 (8,9%)

76-80	60 (15,7 %)	35 (9,1%)	25 (6,6%)
>80	40 (10,4%)	20 (5,2%)	20 (5,2%)
Estado Civil			
Solteiro (a)	46 (12%)	24 (6,3%)	22 (5,7%)
Viúvo (a)	103 (26,9%)	72 (18,8%)	31 (8,1%)
Casado(a)/União de fato	176 (46%)	68 (17,8%)	108 (28,2%)
Divorciado(a)	58 (15,1%)	24 (6,2%)	34 (8,9%)
Etnia			
Negro (a)	76 (19,8%)	20 (5,2%)	56 (14,6%)
Amarelo (a)	5 (1,3%)	3 (0,8%)	2 (0,5%)
Branco (a)	276 (72,1%)	150 (39,2%)	126 (32,9%)
Pardo (a)	26 (6,8%)	15 (3,9%)	11 (2,9%)
Indígena	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
IMC			
<18,49 kg/m ²	33 (8,6%)	15 (3,9%)	16 (4,2%)
18,5 – 24,9 kg/m ²	146 (38,2%)	68 (17,8%)	78 (20,4%)
25 – 29,9 kg/m ²	128 (33,4%)	63 (16,4%)	65 (17%)
>30 kg/m ²	76 (19,8%)	40 (10,4%)	36 (9,4%)
Moradia			
Sozinho	109 (28,5%)	61 (15,9%)	48 (12,5%)
Com familiares ou amigos	274 (71,5%)	127 (33,1%)	147 (38,4%)
Trabalha?			
Sim	36 (9,4%)	9 (2,3%)	27 (7,1%)
Não	41 (10,7%)	35 (9,1%)	6 (1,6%)
Aposentado (a)	306 (79,9%)	144 (37,6%)	162 (42,3%)
Doenças diagnosticadas			
Hipertensão	183 (47,8%)	93 (24,3%)	90 (23,5%)
Hipercolesterolemia	103 (26,9%)	69 (18%)	34 (8,9%)
Artrite/artrose	67 (17,5%)	46 (12%)	21 (5,5%)
Diabetes	61 (15,9%)	26 (6,8%)	35 (9,1%)
Gastrite	45 (11,7%)	30 (7,8%)	15 (3,9%)
Depressão	23 (6%)	13 (3,4%)	10 (2,6%)
Doenças do coração	41 (10,7%)	18 (4,7%)	23 (6%)
Câncer	12 (3,1%)	5 (1,3%)	7 (1,8%)
Asma/bronquite	12 (3,1%)	11 (2,9%)	1 (0,2%)
Doenças renais	9 (2,3%)	4 (1%)	5 (1,3%)
Outras	60 (15,7%)	29 (7,6%)	31 (8,1%)
Número de comorbidades			
0	75 (19,6%)	25 (6,5%)	50 (13,1%)
1	129 (33,7%)	67 (17,5%)	62 (16,2%)
2	92 (24%)	42 (10,9%)	50 (13,1%)
3 ou mais	87 (22,7%)	54 (14,1%)	33 (8,6%)
Ingestão de bebidas alcoólicas			
Sim	122 (31,8%)	40 (10,4%)	82 (21,4%)

Raramente	25 (6,5%)	14 (3,6%)	11 (2,9%)
Às vezes	78 (20,3%)	25 (6,5%)	53 (13,8%)
Sempre	19 (5%)	2 (0,5%)	17 (4,4%)
Não	261 (68,2%)	148 (38,6%)	113 (29,6%)
Tabagismo			
Sim	51 (13,3%)	13 (3,4%)	38 (9,9%)
Raramente	4 (1%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)
Às vezes	22 (5,7%)	5 (1,3%)	17 (4,4%)
Sempre	25 (6,5%)	5 (1,3%)	20 (5,2%)
Não	332 (86,7%)	175 (45,7%)	157 (41%)
Pratica de exercícios físicos			
Sim	200 (52,2%)	132 (34,5%)	68 (17,7%)
Não	183 (47,8%)	56 (14,6%)	127 (33,2%)
Caminhada	74 (19,3%)	36 (9,4%)	38 (9,9%)
Dança	51 (13,3%)	46 (12%)	5 (1,3%)
Pilates	39 (10,1%)	35 (9,1%)	4 (1%)
Hidroginástica	33 (8,6%)	24 (6,3%)	9 (2,3%)
Musculação	29 (7,6%)	14 (3,7%)	15 (3,9%)
Corrida	6 (1,6%)	0 (0%)	6 (1,6%)
Natação	6 (1,6%)	4 (1%)	2 (0,5%)
Outros	53 (13,8%)	49 (12,8%)	4 (1%)
Frequência semanal			
1 vez	7 (3,5%)	6 (1,6%)	1 (0,2%)
2 vezes	52 (26%)	41 (10,7%)	11 (2,9%)
3 vezes ou mais	141 (70,5%)	85 (22,2%)	56 (14,6%)
Estado geral de saúde			
Ruim	15 (3,9%)	5 (1,3%)	10 (2,6%)
Bom	160 (41,8%)	77 (20,1%)	83 (21,7%)
Insatisfatório	23 (6%)	10 (2,6%)	13 (3,4%)
Muito bom	94 (24,5%)	53 (13,8%)	41 (10,7%)
Médio	56 (14,6%)	27 (7%)	29 (7,6%)
Excelente	35 (9,1%)	16 (4,2%)	19 (4,9%)
Classificação socioeconômica			
A	27 (7%)	9 (2,3%)	18 (4,7%)
B1	47 (12,2%)	30 (7,8%)	17 (4,4%)
B2	94 (24,6%)	57 (14,9%)	37 (9,7%)
C1	93 (24,3%)	46 (12%)	47 (12,3%)
C2	81 (21,1%)	38 (9,9%)	43 (11,2%)
D-E	41 (10,7%)	8 (2,1%)	33 (8,6%)

Fonte: A autora (2019).

Em relação à qualidade de vida, a dimensão aspectos sociais apresentou maior média (Média=80,38; DP=24,06). Nessa perspectiva, a vitalidade foi a dimensão que apresentou a

menor média entre os entrevistados (Média=64,92; DP=21,29). Na Tabela 3 encontra-se a análise descritiva das dimensões do SF-36.

Tabela 3. Análise descritiva das dimensões do SF-36.

	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Capacidade funcional	0	100,00	80,00	73,63	25,21
Limitações por aspectos físicos	0	100,00	100,00	77,04	37,15
Dor	0	100,00	72,00	68,95	25,10
Estado geral de saúde	10,00	100,00	72,00	70,20	19,91
Vitalidade	0	100,00	65,00	64,92	21,29
Aspectos sociais	0	100,00	87,50	80,38	24,06
Aspectos emocionais	0	100,00	100,00	75,97	38,10
Saúde mental	12,00	100,00	76,00	73,02	19,10

Fonte: A autora (2019).

A fim de responder aos objetivos propostos na presente pesquisa, foi realizado o teste de *Mann-Whitney* para comparar as médias das dimensões da qualidade de vida de acordo com o sexo, prática de exercícios físicos, condições de moradia e ingestão de álcool e tabagismo. Desse modo, constatou-se que os homens apresentaram maior pontuação na dimensão de capacidade funcional ($p < 0,001$), menores limitações por aspectos físicos ($p = 0,004$) e melhores aspectos sociais ($p = 0,009$) e emocionais ($p = 0,024$) quando comparados às mulheres. Em contrapartida, as mulheres apresentaram melhor saúde mental em relação aos homens ($p = 0,004$).

Em relação à prática de exercícios, aqueles que declararam praticar alguma modalidade obtiveram as melhores médias nas dimensões estado geral de saúde ($p = 0,017$), vitalidade ($p = 0,019$) e saúde mental ($p = 0,004$) quando comparados àqueles idosos que não praticavam nenhum exercício. No que diz respeito à ingestão de bebidas alcoólicas, aqueles que declararam não consumir álcool obtiveram médias menores na capacidade funcional ($p = 0,002$), maiores limitações relacionadas aos aspectos físicos ($p = 0,005$) e a dor ($p = 0,039$), pior estado geral de saúde ($p = 0,001$) e uma pior percepção em relação aos aspectos sociais ($p = 0,041$) e emocionais ($p = 0,001$) do que aqueles que ingeriam bebidas alcoólicas. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre aqueles idosos que declararam morar sozinhos e os que

moram com familiares. Ademais, diferenças estatísticas não foram encontradas nas dimensões da qualidade de vida entre os tabagistas e os não tabagistas.

A seguir, a Tabela 4 apresenta as médias, desvio padrão e p-valor de cada uma das dimensões do SF-36.

Tabela 4. Teste U de *Mann-Whitney* comparando a qualidade de vida entre o sexo, a condição de moradia, a prática de exercícios, a ingestão de álcool e o tabagismo.

	Capacidade funcional			Limitação por aspectos físicos			Dor			Estado Geral de Saúde			Vitalidade			Aspectos Sociais			Aspectos emocionais			Saúde mental		
	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	P	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	p
Sexo																								
Feminino	71,04	22,75		73,68	36,54		67,27	24,79		71,44	18,60		65,90	20,38		77,81	24,15		75,27	35,28		75,56	18,96	
Masculino	76,84	26,41	<0,001	79,38	37,99	0,004	69,88	25,60	0,188	69,06	21,54	0,419	64,21	22,37	0,758	81,50	24,60	0,009	77,58	40,07	0,024	67,11	19,53	0,004
Moradia																								
Sozinho	75,90	23,32		72,48	35,97		70,65	26,61		70,32	18,99		64,85	21,81		82,38	24,24		75,23	37,84		73,21	20,65	
Com familiares	72,98	25,29	0,347	75,60	37,60	0,500	67,56	24,56	0,264	70,31	20,57	0,858	65,18	21,20	0,990	78,42	24,42	0,140	76,88	37,62	0,583	72,76	18,89	0,780
Prática exercícios?																								
Sim	75,70	22,10		77,00	35,31		70,08	23,09		72,78	18,46		67,34	21,60		81,64	22,80		79,86	33,58		74,96	19,84	
Não	71,64	27,44	0,603	75,77	39,61	0,458	66,57	27,43	0,364	67,32	21,55	0,017	62,39	20,80	0,019	77,17	26,05	0,459	72,25	41,70	0,461	70,46	18,62	0,004
Ingere álcool?																								
Sim	79,09	22,37		81,88	34,20		72,78	23,30		75,02	18,65		68,24	21,12		83,89	20,18		84,98	72,45		71,89	18,28	
Não	71,44	25,42	0,002	73,49	38,36	0,005	66,51	25,82	0,039	68,12	20,38	0,001	63,63	21,35	0,099	77,63	25,91	0,041	32,01	39,40	0,001	73,36	19,91	0,202
Tabagismo																								
Sim	76,50	26,74		82,00	37,47		69,18	26,25		71,06	18,88		64,80	21,92		80,50	22,46		76,00	40,98		69,68	18,12	
Não	73,41	24,40	0,093	75,52	37,27	0,090	68,37	25,05	0,695	70,16	20,31	0,754	65,13	21,30	0,910	79,65	24,74	0,858	76,45	37,13	0,601	73,42	19,58	0,114

Fonte: A autora (2019).

Para verificar as diferenças nas médias nas dimensões da qualidade de vida em relação à idade, estado civil, IMC, número de comorbidades, situação de trabalho, frequência de ingestão de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos e classificação socioeconômica foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis*. Em relação às faixas etárias, o grupo de idosos com idades entre 60 e 65 anos obteve melhores médias na capacidade funcional do que o dos idosos com idades entre 76 a 80 ($p=0,005$) e 80 anos ou mais ($p<0,001$). Os idosos que se encontravam com idades entre 71 e 75 anos também obtiveram médias maiores do que aqueles com mais de 80 anos ($p=0,019$). Na dimensão vitalidade, o grupo entre 71 e 75 anos novamente obteve melhores resultados do que o grupo com mais de 80 anos ($p=0,040$).

A respeito do estado civil, ocorreu diferença estatisticamente significativa na dimensão de estado geral de saúde. Assim, aqueles idosos que se declararam casados ou em uma união de fato apresentaram um melhor estado geral de saúde do que os solteiros ($p=0,035$). No caso do IMC, foram identificadas diferenças na dimensão capacidade funcional ($p=0,025$) e dor ($p=0,044$) entre aqueles classificados como obesos e eutróficos. Desse modo, o grupo de idosos eutróficos apresentou uma melhor capacidade funcional e menores limitações em relação à dor do que o grupo de obesos.

Na análise de comorbidades, verificou-se diferenças entre todas as dimensões do SF-36. Os idosos que declararam ausência de doenças obtiveram maiores médias na capacidade funcional em relação àqueles com uma ($p=0,041$), duas ($p<0,001$) ou três ou mais doenças ($p<0,001$). Outras dimensões do SF-36 também apresentaram resultados semelhantes uma vez que, o grupo que não declarou nenhuma doença obteve melhores médias do que aqueles que declararam duas e três ou mais doenças nas dimensões de limitações por aspectos físicos ($p=0,039$; $p<0,001$, respectivamente), dor ($p=0,001$; $p<0,001$, respectivamente) e estado geral de saúde ($p=0,001$; $p<0,001$, respectivamente). Ainda na dimensão comorbidades, é importante ressaltar que também foi identificado que aqueles idosos que declararam não ter nenhuma doença também obtiveram melhores resultados nas dimensões de vitalidade ($p<0,001$), de aspecto social ($p<0,001$), emocional ($p=0,001$) e saúde mental ($p=0,010$) do que aqueles com mais de três doenças diagnosticadas.

Ao que confere a situação de trabalho, aqueles idosos que declararam trabalhar apresentaram uma melhor capacidade funcional do que aqueles que não trabalhavam e que ainda não eram aposentados ($p=0,044$). O mesmo aconteceu em relação às limitações por aspectos físicos, ou seja, aqueles idosos que trabalhavam declararam menor número de limitações do que aqueles que não trabalhavam ($p=0,017$). Vale ressaltar que, em relação aos

aspectos emocionais, os idosos que se declararam aposentados, obtiveram menores escores do que aqueles que trabalham ($p=0,036$).

Concernente à ingestão de bebidas alcólicas, apesar do seu consumo ter sido associado a melhores médias em diversas dimensões do SF-36, não houveram diferenças estatisticamente significativas em relação à frequência do seu consumo. Não obstante, quanto à frequência da prática de exercícios, aqueles idosos que relataram praticar algum exercício três vezes por semana ou mais apresentaram melhor estado geral de saúde do que aqueles que diziam praticar apenas duas vezes na semana ($p=0,032$).

Por fim, encontrou-se diferenças nas médias da dimensão de capacidade funcional em relação aos aspectos socioeconômicos avaliados pelo ABEP. Aqueles idosos que obtiveram classificação socioeconômica A demonstraram uma melhor percepção em relação à capacidade funcional do que aqueles classificados como C1 ($p=0,020$) e C2 ($p=0,019$). A Tabela 5 a seguir demonstra, detalhadamente, a análise descritiva e as diferenças entre os grupos em relação a cada dimensão do SF-36.

Tabela 5. Teste de *Kruskal-Wallis* comparando a qualidade de vida entre a faixa etária, o estado civil, o IMC, o número de comorbidades, a situação de trabalho, frequência da ingestão de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico e classificação socioeconômica.

	Capacidade funcional			Limitação por aspectos físicos			Dor			Estado Geral de Saúde			Vitalidade			Aspectos Sociais			Aspectos emocionais			Saúde mental						
	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p				
Faixa etária																												
60-65	78,69	23,98	25,763	75,21	39,25	8,491	67,88	26,63	2,121	71,66	19,73	5,916	66,72	19,71	10,992	78,78	24,44	4,335	76,47	38,65	5,164	71,90	18,30	4,760	73,26	21,21		
66-70	72,34	27,06		80,69	33,95		69,60	25,36		65,82	21,81		73,55	17,41		70,15	19,18		81,80	22,89		83,46	21,32		82,05	31,77	77,35	17,32
71-75	78,46	17,45	<0,001 ^a	82,69	33,63	0,075	72,21	21,55	0,714	69,94	19,51	0,206	60,44	25,76	0,027 ^b	74,10	28,29	0,363	72,02	39,58	0,271	69,28	21,65	0,313	73,26	21,21		
76-80	70,17	24,08		69,82	38,57		66,82	26,98		72,21	21,55		69,94	19,51		60,44	25,76		74,10	28,29		72,02	39,58		69,28	21,65	73,26	21,21
>80	57,64	27,44		69,85	41,18		63,61	23,16		70,20	22,11		58,67	19,74		79,04	25,87		69,60	41,33		72,94	18,02		72,94	18,02		
Estado Civil																												
Solteiro (a)	75,76	24,19	6,802	77,17	37,20	0,381	62,56	27,28	3,590	61,45	22,2	8,578	59,34	24,01	5,086	76,90	22,04	4,026	68,84	42,39	4,130	66,60	20,04	6,245	66,60	20,04		
Viuvo (a)	70,76	21,55		75,38	36,15		68,98	23,42		71,94	17,77		63,48	21,74		81,65	22,73		73,91	37,57		73,91	37,57		74,88	18,32		
Casado(a)	73,22	27,53	0,078	76,24	38,50	0,944	69,13	24,11	0,309	71,70	20,58	0,035 ^c	66,83	20,70	0,166	78,18	26,23	0,259	78,26	37,31	0,248	73,93	19,18	0,100	73,93	19,18		
Divorciado(a)	79,35	20,65		78,24	36,68		70,74	29,10		70,79	18,99		67,50	19,63		82,63	23,46		81,48	34,05		81,48	34,05		17,77	20,62		
IMC																												
<18,5	71,42	15,19	9,320	85,71	24,39	0,586	71,42	73,42	8,108	77,42	16,72	6,298	74,28	10,96	3,719	94,64	9,83	7,150	85,71	17,81	0,094	84,00	14,96	3,889	84,00	14,96		
18,5 – 24,9	76,28	25,09		77,64	36,63		72,16	23,24		72,52	20,12		67,79	21,14		83,18	22,43		80,14	34,27		80,14	34,27		75,18	18,31		
25 – 29,9	75,58	22,11	0,025 ^d	78,95	36,95	0,900	67,54	24,42	0,044 ^e	71,80	18,46	0,098	65,08	21,06	0,293	81,45	22,74	0,067	79,72	35,97	0,993	73,37	19,15	0,274	73,37	19,15		
>30	64,03	27,49		70,67	42,04		57,46	25,65		64,25	21,31		61,92	22,29		70,91	28,62		74,35	41,01		74,35	41,01		69,68	21,88		
Número de comorbidades																												
0	84,70	19,40	52,411	88,80	28,63	26,242	78,85	22,57	27,428	78,55	17,04	31,583	72,16	21,16	39,084	86,00	20,81	25,185	88,05	28,24	15,211	78,14	16,93	10,087	78,14	16,93		
1	78,82	22,45		81,72	33,77		71,73	24,31		73,44	19,56		69,32	20,95		83,50	21,95		80,39	34,55		80,39	34,55		73,94	19,96		
2	71,80	21,11	<0,001 ^f	73,83	38,33	<0,001 ^g	63,23	25,08	<0,001 ^h	66,62	18,64	<0,001 ⁱ	65,70	16,51	<0,001 ^j	80,95	20,53	<0,001 ^l	71,70	39,77	0,002 ^m	73,59	15,83	0,018 ⁿ	73,59	15,83		
3 ou mais	59,75	28,67		61,23	42,37		61,12	25,48		62,71	21,39		52,34	21,60		67,12	29,80		65,84	43,13		65,84	43,13		66,27	22,27		

	Capacidade funcional			Limitação por aspectos físicos			Dor			Estado Geral de Saúde			Vitalidade			Aspectos Sociais			Aspectos emocionais			Saúde mental			
	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	Média	DP	X ² / p	
Trabalha?																									
Sim	81,32	19,78	6,121	86,76	30,29	7,942	64,47	25,10	0,866	70,69	20,36	4,345	67,64	20,45	1,995	80,88	24,27	4,252	90,19	26,62	6,630	73,88	18,71	1,410	
Não	69,10	25,49		68,20	37,05		71,79	25,88		75,71	19,97		63,47	21,75		74,03	24,39		77,77	34,48		76,44	17,22		
Aposentado (a)	73,60	25,03	0,047^o	76,33	37,92	0,019^p	68,51	25,12	0,648	69,48	20,02	0,114	65,00	21,45	0,369	80,22	24,41	0,119	74,52	38,92	0,036^q	71,28	19,77	0,494	
Ingestão de bebidas alcoólicas																									
Raramente	77,40	22,91	1,286	79,00	35,11	1,300	70,92	24,46	0,737	78,08	13,45	0,830	67,80	20,87	0,482	84,00	21,50	0,116	73,33	38,49	5,599	72,32	16,48	1,482	
Às vezes	72,62	23,69		85,00	32,46		72,90	22,56		74,06	17,64		67,62	20,89		84,68	19,58		87,50	30,17		72,00	14,86		
Sempre	79,21	29,59	0,526	84,21	37,46	0,522	76,00	26,44	0,692	70,05	24,29	0,660	63,15	22,18	0,786	85,52	19,65	0,944	87,71	31,83	0,061	66,94	19,31	0,477	
Frequência semanal de exercícios																									
1 vez	72,14	24,80	1,669	82,14	23,77	2,313	71,71	22,25	0,780	77,42	10,86	6,879	67,85	16,29	1,284	83,92	27,68	1,833	76,19	41,78	4,692	72,57	14,12	0,990	
2 vezes	69,98	17,31		70,86	36,87		67,78	24,21		68,47	15,60		65,48	21,33		79,08	21,96		73,07	34,32		75,07	17,95		
3 vezes ou mais	75,46	24,44	0,434	78,01	35,79	0,315	70,88	22,63	0,677	74,48	18,99	0,032^r	68,08	22,20	0,526	82,62	22,19	0,400	82,03	32,97	0,096	75,71	19,92	0,610	
ABEP																									
A	86,48	17,25		81,60	35,07		77,29	20,37		78,18	18,85		73,14	21,49		87,03	20,65		88,88	27,73		79,85	16,69		
B1	75,87	20,56	12,501	79,37	31,95	0,903	71,65	21,56	6,336	73,46	15,37	8,120	63,37	16,61	9,412	84,06	19,81	4,966	84,16	29,22	4,398	73,10	15,61	6,961	
B2	75,71	22,24		77,47	35,16		66,02	24,05		70,62	20,41		66,97	20,49		77,19	24,76		73,99	37,11		74,68	18,87		
C1	69,41	28,26		72,67	39,96		70,48	23,50		69,29	18,57		63,26	21,39		78,34	24,43		73,64	40,29		72,01	18,08		
C2	70,57	24,09		72,64	40,34		63,95	28,24		66,82	22,99		61,50	22,31		76,35	25,63		74,28	38,97		70,11	22,40		
D-E	74,35	28,74	0,014^s	82,69	36,79	0,924	68,61	30,58	0,175	69,20	21,29	0,087	67,30	24,67	0,052	84,29	26,85	0,291	75,21	43,06	0,355	70,66	22,27	0,137	

^a- Diferença entre o grupo de 60 a 65 anos com o grupo de 76 a 80 anos (p=0,005) e > de 80 anos (p<0,001) e também do grupo de 71 a 75 anos com o grupo com > de 80 anos (p=0,040). ^b- Diferença entre o grupo de 71 a 75 anos com o de > de 80 anos (p=0,040). ^c- Diferença entre solteiros e casados (p=0,025). ^d- Diferença entre o grupo de 18,5 – 24,9 kg/m² e >30 kg/m² (p=0,023). ^e- Diferença entre o grupo de 18,5 – 24,9 kg/m² e >30 kg/m² (p=0,027). ^f- Diferença entre os grupos 0 e 1 (p=0,042), 0 e 2 (p<0,001), 0 e 3 (p<0,001) e 1 e 4 (p<0,001). ^g- Diferença entre o grupo 0 e 2 (p=0,039), 0 e 3 ou mais (p=<0,001) e 1 e 3 ou mais (p=0,001). ^h- Diferença entre os grupos 0 e 2 (p=0,001), 0 e 3 ou mais (p<0,001) e 1 e 3 ou mais (p=0,008). ⁱ- Diferença entre os grupos 0 e 2 (p=0,001), 0 e 3 (p<0,001), 1 e 2 (p=0,045) e 1 e 3 ou mais (p<0,001). ^j- Diferença entre os grupos 0 e 3 ou mais (p<0,001), 1 e 3 ou mais (p<0,001) e 2 e 3 ou mais (p=0,003). ^l- Diferença entre os grupos 0 e 3 ou mais (p<0,001), 1 e 3 ou mais (p<0,001) e 2 e 3 ou mais (p=0,035). ^m- Diferença entre os grupos 0 e 2 ou mais (p= 0,031) e 0 e 3 ou mais (p=0,001). ⁿ- Diferença entre o grupo 0 e 3 ou mais (p=0,010). ^o- Diferença entre o grupo sim e o não (p=0,044). ^p- Diferença entre o grupo sim e o não (p=0,017). ^q- Diferença entre o grupo sim e de aposentados (p=0,036). ^r- Diferença entre o grupo de 2 vezes e de 3 vezes ou mais (p=0,030). ^s- Diferença entre os grupos A e C1 (p=0,020) e A e C2 (p=0,019).

Fonte: A autora (2019).

3.2. DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida trouxe a necessidade de se compreender melhor os fatores que podem influenciar na percepção da qualidade de vida de idosos. Na revisão realizada por Ferreira et al. (2018), foi possível concluir que a qualidade de vida deste público pode ser influenciada por um conjunto de fatores e comportamentos, e não apenas por uma condição isolada. Nesse sentido, é necessário considerar mais de uma variável a fim de compreender a percepção da qualidade de vida de idosos.

No presente estudo, o sexo foi uma das variáveis que impactou na percepção de qualidade de vida. Desse modo, os homens apresentaram os maiores escores nas dimensões de capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais. Além disso, eles também relataram menores limitações por questões físicas, enquanto as mulheres obtiveram melhores médias de saúde mental. Para Orfila et al. (2006), é improvável que a diferença na percepção da qualidade de vida de idosos seja apenas pelo sexo, ou seja, existe um conjunto de fatores que levam a esse resultado. Na referida investigação, realizado com idosos espanhóis, por exemplo, a maior prevalência de doenças crônicas nas mulheres foi a principal responsável pelos piores resultados deste público em relação à percepção da capacidade funcional ou física.

A ideia de que diversos outros fatores influenciam na qualidade de vida de idosos e não apenas o sexo está de acordo com achados de outros estudos recentes onde os homens também obtiveram melhores resultados, inclusive, nos aspectos sociais, emocionais e de saúde mental (Camelo et al., 2016; Gouveia, Ihle, Kliegel, Freitas, & Gouveia, 2018; Olmedo-Alguacil et al., 2016). Na presente pesquisa, acredita-se que a ingestão de bebidas alcoólicas e a prática de exercícios pode ter contribuído para a diferença na avaliação de qualidade de vida em função do sexo. Isso se deve ao fato de que, dos 200 idosos que se declararam ativos, 132 eram mulheres e, aqueles idosos praticantes de exercícios também apresentaram melhor média na dimensão de saúde mental. Por outro lado, dos 122 idosos que afirmaram consumir álcool, 82 eram homens. Sendo que, os idosos que relataram ingerir bebidas alcoólicas apresentaram melhores médias nas mesmas dimensões que os homens.

Assim, vale ressaltar que, alguns estudos sugerem que apesar de no público adulto, a prevalência de homens ativos ser maior, a partir dos 50 anos, esse quadro se altera de maneira que as mulheres idosas passam a ser mais ativas do que os homens (Monteiro et al., 2003; Ribeiro et al., 2012). Para Ribeiro et al. (2016), a representação social do processo saúde-doença nos homens é associada ao aspecto curativista, enquanto o das mulheres está associado ao

caráter preventivo. Isso pode se dar pelo fato de que existe um modelo culturalmente construídos sobre a masculinidade, onde se dificulta a adoção de hábitos saudáveis e de comportamentos preventivos a medida que o homem é considerado forte e resistente (Gomes & Nascimento, 2006). Nessa perspectiva, esse modelo cultural pode ser mais fortemente executado pelos homens idosos participantes da presente pesquisa.

É sabido que a prática de exercícios auxilia na manutenção da autonomia da população idosa (Nagai et al., 2012). Observou-se que os exercícios mais praticados pelos entrevistados eram caminhada, dança e pilates. O hábito de caminhar, por sua vez, pode ter sido a modalidade mais praticada por idosos, por se tratar de uma atividade viável, acessível e fácil de incorporar ao dia a dia dessa população (Salvador, Reis, & Florindo, 2009). Já a dança oferece ao referido público um momento de novas experiências e sociabilidade, podendo contribuir de forma positiva para os aspectos psicológicos do envelhecimento (Gaspar, Ribeiro, Cavalcante, Raposo Neto, & Costa, 2017). O pilates, no que lhe diz respeito, se popularizou nos últimos anos por trabalhar a força e o condicionamento físico das pessoas, sendo uma atividade muito indicada aos idosos (Engers, Rombaldi, Portella, & Silva, 2016).

No estudo de Heesch, Uffelen, Gellecum e Brown (2012) foi demonstrado que a caminhada foi a única modalidade de exercício praticada por idosos, influenciando positivamente na qualidade de vida dessa população, principalmente nos domínios relacionados aos aspectos físicos e à vitalidade. Salienta-se, todavia que a WHO (2011) recomenda a combinação de exercícios aeróbicos de média ou alta intensidade com exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares pelo menos três vezes na semana (WHO, 2011). Assim, no presente estudo, aqueles que relataram praticar algum tipo exercício obtiveram os melhores resultados nas dimensões de estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. ‘

Uma meta-análise realizada por Windle, Hughes, Linck, Russell e Woods (2010) constatou que a prática de exercícios influencia positivamente no bem-estar mental de idosos. Esse fato se dá pela interação social e/ou comunitária que esse tipo de atividade pode proporcionar a esse público. Embora estudos demonstrem a influência dos exercícios nos domínios físicos do SF-36 (Bayán-Bravo et al., 2017; Halaweh, Willen, Grimby-Ekman, & Svantesson, 2015; Wanderley, Silva, Marques, Mota, & Carvalho, 2011), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nessas dimensões (limitações por aspectos físico e capacidade funcional) na presente amostra. Isso pode se dar pelo fato de que a capacidade funcional é influenciada não só pela prática de exercícios físicos em uma época específica, mas também por quão ativo indivíduo foi ao decorrer de sua vida (Maciel, 2010).

Quando analisada a influência da frequência da prática de exercício físico na qualidade de vida, constatou-se que aqueles que declararam praticar uma ou mais modalidades três vezes ou mais por semana, obtiveram melhores médias no estado geral de saúde do que aqueles que praticavam apenas duas vezes semanalmente. Diversos estudos têm demonstrado que quanto mais ativos forem os idosos melhor a sua qualidade de vida (Anokye, Trueman, Green, Pavey, & Taylor, 2012; Guedes, et al., 2012; Halaweh et al., 2015; Perales, Pozo-Cruz, Pozo-Cruz, & Pozo-Cruz, 2014). Para Perales et al. (2014), a prática de exercícios influencia tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos psicológicos dos idosos e, por esse motivo, esse público, quando fisicamente ativo, tende a demonstrar uma melhor percepção da qualidade de vida e da saúde. Sendo assim, a prática de exercício físico regular é altamente recomendada para idosos tendo em vista a sua própria qualidade de vida.

Nesse seguimento, os resultados relacionados à ingestão de álcool encontrados nesta pesquisa com corrobora os achados de Barbosa, Pereira, Cruz e Leite (2018), publicados através de um estudo que teve como objetivo levantar a prevalência de fatores associados ao consumo de álcool por parte de idosos também da cidade de Juiz de Fora. Os autores constataram que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi maior dentre os homens e, apesar do seu consumo geralmente ser associado à fragilidade desses indivíduos, a maioria dos entrevistados consumia uma quantidade considerada não nociva à saúde.

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, idosos que declararam ingerir bebidas obtiveram melhores médias na avaliação da qualidade de vida em todas as dimensões do SF-36, com exceção da dimensão de saúde mental. Esses resultados reforçam aqueles já encontrados na literatura (Byles, Young, Furuya, & Parkinson, 2006; Chan, Mühlen, Kritz-Silverstein, & Barrett-Connor, 2009; González-Rubio et al., 2016; Lima et al., 2011; Saito et al., 2005). Desse modo, tem-se demonstrado que o consumo de álcool pode influenciar positivamente na percepção de qualidade de vida de pessoas acima dos 60 anos. Na pesquisa conduzida por Lima et al. (2011), que utilizou igualmente o SF-36 para avaliar a qualidade de vida de idosos brasileiros do estado de São Paulo, àqueles que declararam ingerir bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por semana obtiveram melhores resultados nas dimensões de capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, vitalidade, estado geral de saúde e saúde mental. Em outro estudo, realizado nos Estados Unidos, a ingestão moderada de álcool também foi positivamente associada ao melhor estado geral de saúde dos idosos avaliados através do SF-36 (Chan et al., 2009). É importante ressaltar que, embora nesse estudo os idosos que declararam ingerir álcool tiveram melhor percepção sobre a qualidade de vida, não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à frequência de ingestão de álcool.

Acredita-se que a principal justificativa para a influência positiva do consumo de bebidas alcoólicas na percepção da qualidade de vida de idosos é que, este hábito estaria associado a outros comportamentos. Nessa perspectiva, à medida que um adulto mais velho ingere álcool, ele está aumentando o seu número de contatos sociais e tem chance de ser mais ativo, como demonstrado em alguns estudos (Byles et al., 2006; González-Rubio et al., 2016; Mukamal et al., 2003). Desse modo, esses idosos têm uma maior probabilidade de ter apoio social, ou seja, uma maior rede de contatos e, conseqüentemente, de apoio, que são considerados fatores importantes para uma melhor percepção de qualidade de vida por parte desse público (Chan et al., 2009).

Seguindo com a ideia de que é necessária à interação de uma série de fatores para afetar a qualidade de vida de um indivíduo, apenas 13,3% dos idosos participantes deste estudo declararam-se tabagistas. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos tabagistas e não tabagistas quanto à percepção de qualidade de vida. No entanto, é importante ressaltar que estudos anteriores verificaram que o tabagismo tem sido apontado como um fator impactante na qualidade de vida de idosos. Não obstante, ele vem sendo associado à pior percepção da qualidade de vida, principalmente quando associado a outros comportamentos do estilo de vida também deletérios à saúde (Bayán-Bravo et al., 2017; Zaragoza-Martí, et al., 2018). Desse modo, aponta-se a necessidade de mais estudos que busquem averiguar as particularidades envolvidas na influência do tabagismo na percepção de qualidade de vida.

Em relação ao IMC, 19,8% dos idosos (n=76) da amostra em questão possuíam índice acima de 30 kg/m², o que é caracterizado como obesidade. Esse grupo apresentou as piores médias na dimensão relacionada à capacidade funcional e à dor comparado ao grupo considerado eutrófico (IMC = 18,5 a 24,9 kg/m²). É importante ressaltar que uma das mudanças metabólicas do envelhecimento é a redução da massa magra e o aumento do percentual de gordura corporal. Desse modo, a inatividade física e o desequilíbrio alimentar ao longo da vida também podem intensificar esse processo (Santos et al., 2013). Diversos estudos têm relatado a influência do excesso de peso nas dores e nos aspectos físicos dos idosos (Gomes-Netto et al., 2016; Jhun, Sung, & Kim, 2013; Silva, Predreza, & Menezes, 2015; Vagetti et al., 2017). No estudo de Jhun et al., (2013), os idosos obesos e com osteoartrite relataram maior gravidade na dor de joelho quando comparados àqueles sem osteoartrite. Já na pesquisa conduzida por Vagetti et al. (2017), a qual avaliou a aptidão funcional de 1806 idosas, aquelas que se encontravam obesas, apresentaram maior dificuldade de executar atividade como se sentar, se levantar, andar 6 minutos, dentre outros. Nessa perspectiva, na intervenção de seis meses

realizada por Rothberg et al. (2014) com indivíduos obesos, aqueles que obtiveram redução do IMC, apresentaram melhoras nas pontuações do *EuroQol-5* (EQ-5D) – instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida.

Neste mesmo sentido, na investigação de Wanderley et al., (2011), o IMC elevado e o maior número de comorbidades foram associados à pior percepção da qualidade de vida. Desse modo, a obesidade parece não só aumentar as limitações relacionadas à dor e à capacidade funcional, mas também aumenta as chances do desenvolvimento de outras doenças crônicas, influenciando na qualidade de vida dos idosos (Lima, Souza, Cunha, Leopoldo, & Lima-Leopoldo, 2017).

Os resultados da presente pesquisa sugerem que quanto maior o número de doenças pior a percepção da qualidade de vida. Dado isso, o número de comorbidades tem demonstrado influenciar na avaliação desse construto, principalmente nas dimensões de capacidade funcional e de limitação por aspectos físicos (Bohlke et al., 2008; Boyd et al., 2014, Camelo et al., 2016; Campolina, Dini, Ciconelli, 2011; Pakiz et al., 2015; Sirola, Pitkala, Tilvis, Miettinen, & Strandberg, 2011). Vale ressaltar que, nesta investigação todos os domínios do SF-36 apresentaram diferenças em relação às comorbidades.

Segundo Tavares e Dias (2012), o maior número de doenças aumenta a dor, o desconforto e o uso de medicamentos, aumentando assim, o nível de dependência e reduzindo a mobilidade do idoso. Os aspectos sociais, emocionais e psicológicos também sofrem alterações no envelhecimento de acordo com o número de comorbidades. Para Tavares e Dias (2012), uma vez que os idosos têm a sua capacidade funcional afetada, acabam sofrendo alterações na sua autoestima, imagem corporal e pensamentos positivos. Além disso, esses idosos acabam tendo uma maior dificuldade de se adaptarem ao meio familiar e comunitário e de desempenhar suas atividades cotidianas, tendo também seus relacionamentos sociais afetados (Tavares & Dias, 2012). Assim, idosos com um maior número de doenças podem ter o seu bem-estar físico e psicológico afetado e, isso, conseqüentemente, se reflete na sua percepção de qualidade de vida.

Outro fator que demonstrou afetar a capacidade funcional foi a variável idade. Na presente amostra, o grupo de idosos com idades entre 60 e 65 anos obteve melhor média no SF-36 em relação àqueles que estavam acima dos 75 anos. Além disso, os idosos com idades entre 71 e 75 anos também apresentaram uma melhor vitalidade em relação àqueles com mais de 80 anos. Esses resultados corroboram com o estudo de Campolina et al. (2011), no qual os idosos tiveram uma piora progressiva da capacidade funcional de acordo com a idade. Segundo esses autores, a capacidade funcional é um aspecto central da qualidade de vida do idoso e já é

esperada sua alteração de acordo com o aumento da idade. Vale ressaltar que de acordo com Ferreira et al. (2018), a maioria dos estudos que buscam avaliar a qualidade de vida de idosos utilizando o SF-36, não estratificam suas amostras pela faixa etária a fim de identificar diferenças para cada dimensão. No entanto, os resultados do presente estudo sugerem que idosos acima dos 80 anos podem ter uma pior percepção a respeito do seu vigor comparado aos mais jovens, o que pode estar relacionado à perda da autonomia e avanço da velhice, uma vez que a capacidade funcional desse grupo vai se reduzindo progressivamente.

Concernente aos achados atuais, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do SF-36 tendo em vista a situação de moradia. É provável que morar sozinho não afete a avaliação da qualidade de vida do indivíduo isoladamente e, sim, quando acompanhado de baixo apoio social. No entanto, os indivíduos que se declararam casados apresentaram um melhor estado geral de saúde do que os solteiros. Esses resultados relacionados ao estado civil, estão de acordo com o de outros estudos que foram realizados previamente (Andrade et al., 2014; Kim, Chu, & Lee, 2018; Naughton et al., 2016). Segundo a metanálise realizada por Manzoli, Villari, Pirone e Bocia (2007), o casamento pode exercer um efeito protetor na saúde do idoso. Os mecanismos envolvidos nessa proteção ainda não estão totalmente estabelecidos na literatura, mas acredita-se que além do melhor apoio familiar, as pessoas saudáveis podem ter uma maior probabilidade de se manterem casadas. O que se sabe é que o risco de mortalidade entre os idosos é relativamente maior entre os solteiros do que entre os casados (Manzoli et al., 2007). Nessa perspectiva, ao mesmo tempo que a moradia não influenciou à percepção de qualidade de vida de idosos, o estado civil, por sua vez, demonstrou influência.

Outro fator que parece influenciar a qualidade de vida do idoso é a saída do mercado de trabalho. A amostra em questão apresentou diferenças nas pontuações de capacidade funcional, limitação pelos aspectos físicos e nos aspectos emocionais. No que diz respeito à capacidade funcional e à limitação pelos aspectos físicos, os idosos que declararam ainda se encontrar no mercado de trabalho apresentaram melhor pontuação em relação àqueles que relataram não trabalhar. Isso pode ter ocorrido pelo fato de que idosos ainda ativos podem não apresentar limitações funcionais típicas da idade. Já na dimensão relacionada aos aspectos emocionais, os aposentados apresentaram menores pontuações em comparação com aqueles declararam trabalhar. Para Alvarenga, Kiyam, Bitencourt e Wanderley (2009) uma vez que o trabalho é ligado à identidade do indivíduo, a aposentadoria pode ser vivenciada como uma ruptura imposta pelo mundo externo. Esse fato, por sua vez, pode afetar diretamente à estrutura psíquica do indivíduo. Além disso, tanto a aposentadoria quanto a falta de trabalho pode ser

sinônimo de condição socioeconômica inadequada, ocasionando rebaixamento em sua qualidade de vida.

Tendo em vista esses resultados, é importante lembrar que a aposentadoria é um marco na vida do idoso. Nessa fase da vida é necessário que o indivíduo reorganize o seu tempo e se adapte a novas experiências na vida familiar e comunitária. No entanto, quando o idoso não se planeja, esse momento pode vir acompanhado do sentimento de angústia, solidão e uma extrema dificuldade de satisfação pessoal (Alvarenga et al., 2009). D'Orsi, Xavier e Ramos (2011) relatam que a permanência do idoso no mercado de trabalho pode funcionar como um fator protetor para capacidade física comparados àqueles que se encontram aposentados. De acordo com Marques et al., (2016), a volta ou permanência para o mercado de trabalho pode demonstrar o desejo de permanecer ativo e de se sentir socialmente importante. Parece que o trabalho significa maior contato com os amigos e está associado à sensação de prazer, uma vez que o indivíduo se sente pertencente a um ambiente social, impactando positivamente na percepção da própria qualidade de vida.

Quanto à variável socioeconômica, na presente amostra, os indivíduos que apresentaram uma classificação socioeconômica mais baixa (C1 e C2) obtiveram menores pontuações em relação aos de classificação mais alta (A), apenas na capacidade funcional. A influência da situação socioeconômica de idosos na qualidade de vida vem sendo relatada em alguns estudos (Camelo et al., 2016; Campolina et al., 2011; Gary-Webb et al. 2011). No estudo de Camelo et al. (2016), idosos com renda abaixo de quatro salários mínimos apresentaram os piores escores nos componentes físicos no SF-36. De acordo com Campolina et al. (2011), a prevalência de comorbidades tende a ser maior nas populações expostas às diversidades socioeconômica, influenciando assim na qualidade de vida dessa população. Para Andrew, Mitnitski e Rockwood (2008), a vulnerabilidade social está associada a maior fragilidade e mortalidade de idosos. Bøen et al. (2012) relatam que idosos com menor nível socioeconômico tendem a ter apoio social reduzido e maiores problemas relacionados a saúde. Visto isso, é possível que na presente amostra tenha se encontrado diferença apenas na capacidade funcional, por se tratar de uma população que ainda frequenta locais públicos mantendo o mínimo de convívio social, visto os locais em que foram realizadas as coletas. Desse modo, é necessário ter mais atenção com aqueles idosos que se encontram em maior vulnerabilidade socioeconômica.

A partir dos achados deste estudo quantitativo, verificou-se que o sexo, idade, prática de exercícios físicos, ingestão de álcool, estado civil, IMC, número de comorbidades, situação de trabalho e classificação socioeconômica impactaram na percepção de qualidade de vida dos

idosos avaliados. Esses resultados chamam atenção para a necessidade do desenvolvimento de intervenções e políticas públicas pautadas nos comportamentos preventivos de saúde. No entanto, é importante salientar que a construção de condutas voltadas para a população de idosos deve levar em consideração, não só os comportamentos pautados na prevenção de doenças crônicas, mas também para aqueles comportamentos que promovem a saúde mental dessa população. Nesse sentido, as intervenções e a criação de programas que propiciam a convivência entre idosos podem apresentar maiores impactos na qualidade de vida, à medida que fornecem informações sobre a prevenção de doenças e, também, aumentam sua rede de relacionamentos e apoio social. De acordo com Sousa e Oliveira (2015) é dever da sociedade criar possibilidades para que os idosos consigam vivenciar essa fase da vida de maneira autônoma e ativos de suas decisões sociais. Desse modo, é necessário o planejamento de estratégias que melhorem tanto a capacidade física quanto os aspectos psicológicos dessa população.

No capítulo seguinte, será possível compreender algumas particularidades envolvidas na avaliação da qualidade de vida por parte deste público. Por meio da etapa qualitativa, buscamos complementar os achados da primeira etapa dessa dissertação, buscando identificar os fatores envolvidos na adoção de comportamentos relacionados ao estilo de vida de idosos.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO – ETAPA 2

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados da etapa qualitativa da presente pesquisa. Vale ressaltar que, os participantes desta etapa foram selecionados a partir dos resultados da primeira pesquisa (Etapa 1) desse trabalho. Desse modo, as pontuações das oito dimensões do SF-36, resultantes das respostas dos 383 idosos participantes da primeira etapa, foram reduzidas em dois componentes sumarizado. Assim, o SF-36 passou a ter uma pontuação para o Componente Físico Sumarizado (CFS) e outra para o Componente Mental Sumarizado (CMS). A partir disso, selecionou-se para a Etapa 2 idosos com as maiores e as menores pontuações em cada um desses componentes.

Após a seleção foi realizada uma entrevista semiestruturada a fim de investigar cinco fatores do estilo de vida desses idosos, a saber: comportamento preventivo, fator nutricional, exercícios físicos, qualidade dos relacionamento e controle do estresse. Para um melhor aprofundamento do conteúdo investigado, foi realizada uma análise sistemática dos dados das entrevistas. Neste capítulo, em um primeiro momento procurou-se descrever a amostra e os grupos selecionados para esta etapa. Posteriormente, iniciou-se a apresentação e discussão das categorias de acordo com cada componente do estilo de vida que foi investigado.

4.1. PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados para esta etapa, 32 indivíduos, sendo 17 mulheres e 15 homens, com idades entre 60 e 90 anos. A duração das entrevistas variou de 11' 34 a 01 17' 59'' e a transcrição na íntegra totalizou 186 páginas com letra *Times New Roman*, número 12, espaçamento entre linhas 1,5 cm. Tanto as entrevistas quanto as transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora e por duas colaboradoras devidamente treinadas.

Inicialmente, procurou-se identificar aqueles idosos com percentis acima de 75 e abaixo de 25 de cada um dos Componentes Sumarizados do SF-36. No momento da seleção, notou-se que alguns indivíduos apareciam entre os selecionados dos dois componentes. Assim, em alguns casos, um mesmo indivíduo apresentou uma maior ou uma menor pontuação tanto para o CFS quanto para o CMS. É importante frisar que os indivíduos que apresentaram

pontuações de destaque em ambos os componentes tiveram sempre as maiores pontuações em ambos ou as menores pontuações em ambos. Não foi encontrado, a partir dessa seleção, nenhum caso onde o indivíduo estava entre as maiores pontuações no CFS e as menores no CMS ou vice-versa.

Dessa forma, os participantes foram divididos em seis grupos. Destes, três representam os participantes com as maiores pontuações e três representam os participantes com as menores pontuações. Nos dois tópicos a seguir, foram descritas as características dos participantes de cada um dos grupos.

4.1.1. Participantes com as maiores pontuações

Dos 32 entrevistados, 16 (50%) apresentaram as maiores pontuações nos componentes do SF-36. Desse modo, os três primeiros grupos (G1, G2 e G3) representam os participantes que obtiveram as pontuações mais altas. A seguir, apresentamos a descrição geral dos grupos que representam esses participantes:

- Grupo 1 – Participantes que obtiveram as maiores pontuações tanto no CFS quanto no CMS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G1-MPAC (Grupo 1- Melhor pontuação em ambos os componentes);
- Grupo 2- Participantes que obtiveram as maiores pontuações no CFS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G2-MPCF (Grupo 2- Melhor pontuação no Componente Físico);
- Grupo 3- Participantes que obtiveram as maiores pontuações no CMS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G3-MPCM (Grupo 3 – Melhor pontuação no Componente Mental).

Nos Quadros 1, 2 e 3 apresentados a seguir foi descrito o perfil dos participantes de acordo com o grupo em que cada um pertence. Assim, foram destacadas algumas informações dos entrevistados, a saber: sexo, idade, ocupação, estado civil, moradia e classificação socioeconômica (ABEP). Ressalta-se que, a fim de preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram ocultados, e, ao invés deles, cada participante recebeu um código de identificação composto pelo número e sigla do grupo (G1-MPAC, G2-MPCF, G3-MPCM, G4-

PPAC, G5-PPCF ou G6-PPCM), seguido pela numeração que identifica o entrevistado (1, 2, 3, 4, 5 ou 6).

Quadro 1. Descrição dos participantes que obtiveram as melhores pontuações em ambos os componentes (G1-MPAC).

GRUPO 1						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G1-MPAC1	M	69	Aposentado	Casado	Com esposa	C1
G1-MPAC2	F	68	Aposentada	Viúva	Sozinha	C1
G1-MPAC3	F	68	Aposentada	Casada	Com esposo	B2
G1-MPAC4	F	71	Do lar	Casada	Com esposo	B2

Legenda: G1-MPAC- Grupo 1 – Melhor pontuação em ambos os componentes.

Fonte: A autora (2019).

Quadro 2. Descrição dos participantes que obtiveram as melhores pontuações no CFS (G2-MPCF).

GRUPO 2						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G2-MPCF1	M	76	Aposentado	Viúvo	Sozinho	C1
G2-MPCF2	M	63	Aposentado	Divorciado	Com filhos	C1
G2-MPCF3	F	67	Aposentada	Casada	Com esposo	B1
G2-MPCF4	F	74	Aposentada	Divorciada	Sozinha	B2
G2-MPCF5	M	68	Aposentado	Casado	Com esposa	C2
G2-MPCF6	M	73	Aposentado	Casado	Com esposa e filhos	B1

Legenda: G2-MPCF- Grupo 2 – Melhor pontuação no componente físico.

Fonte: A autora (2019).

Quadro 3. Descrição dos participantes que obtiveram as maiores do CMS (G3-MPCM).

GRUPO 3						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G3-MPCM 1	F	79	Aposentada	Casada	Com esposo	C1
G3- MPCM2	F	60	Aposentada	Casada	Com esposo	B2
G3- MPCM3	F	64	Aposentada	Viúva	Com filhos	C2
G3- MPCM4	F	64	Aposentada	Viúva	Com filhos	B1
G3- MPCM5	F	74	Aposentada	Viúva	Sozinha	C1
G3- MPCM6	F	74	Aposentada	Divorciada	Sozinha	B1

Legenda: G3- MPCM – Grupo 3- Melhor pontuação no componente mental.

Fonte: A autora (2019)

Analisando o G1, G2 e G3 foi possível perceber que dos 16 representantes das melhores pontuações, 11 eram mulheres. Nessa perspectiva, as mulheres apresentaram hegemonia no G1-MPAC e no G3-MPCM, enquanto os homens foram maioria no G2-MPCF. Essa representatividade, já era esperada uma vez que, na Etapa 1 os homens tiveram as melhores médias nas dimensões que correspondiam à capacidade funcional e limitações por aspectos físicos e as mulheres apresentaram as melhores médias em saúde mental. Outro fator que chama atenção é que, com exceção de uma participante que se declarou “Do lar”, todos se declararam aposentados.

Foi possível verificar que a idade máxima dos entrevistados selecionados por apresentarem as pontuações mais altas foi de 79 anos. Nesse sentido, sete dos entrevistados tinham mais de 70 anos e oito apresentavam idades dentro da primeira década da velhice (60 e 70 anos). No entanto, foi possível notar que, apenas três se encontravam entre os 60 e 65 anos, ou seja, idades que marcam o início da velhice. Em relação ao estado civil, situação de moradia e classificação socioeconômica os entrevistados não apresentaram grandes variações. No que diz respeito ao estado civil, oito deles eram casados, cinco, viúvos e apenas três, divorciados. Apenas um dos entrevistados relatou morar com esposa e filhos, três moravam só com filhos, sete somente com a esposa e cinco sozinhos. E por fim, metade dos participantes (n=8) receberam classificação socioeconômica nos estratos C1 e C2 e a outra metade nos estratos B1 e B2, demonstrando que não surgiu dentre os selecionados estratos socioeconômicos extremos (A e D-E).

4.1.2. Participantes com as menores pontuações

Dentre os participantes que foram selecionados para a etapa qualitativa do presente estudo, 16 (50%) apresentaram as menores pontuações do SF-36. Desse modo, eles foram divididos em outros três grupos (G4, G5 e G6), descritos a seguir:

- Grupo 4 – Participantes que obtiveram as menores pontuações tanto no CFS quanto no CMS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G4-PPAC (Grupo 4- Pior pontuação em ambos os componentes);
- Grupo 5- Participantes que obtiveram as menores pontuações no CFS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G5-PPCF (Grupo 25 - Pior pontuação no Componente Físico);
- Grupo 6- Participantes que obtiveram as piores pontuações no CMS. Esse grupo será identificado ao longo do trabalho como G6-PPCM (Grupo 6 – Pior pontuação no Componente Mental).

Nos quadros a seguir foram descritos os perfis dos participantes de acordo com o grupo em que cada um pertence. Assim como no tópico anterior, foram destacadas algumas informações dos entrevistados [sexo, idade, ocupação, estado civil, moradia e classificação socioeconômica (ABEP)]. Como forma de identificar cada um dos entrevistados, também foi utilizada uma numeração junto à sigla que corresponde o grupo do qual o participante pertence.

Quadro 4. Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações em ambos os componentes (G4-PPAC).

GRUPO 4						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G4-PPAC1	F	80	Aposentada	Viúva	Sozinha	C1
G4-PPAC2	M	68	Aposentado	Divorciado	Sozinho	D-E
G4-PPAC3	F	60	Aposentada	Solteira	Sozinha	C2
G4-PPAC4	F	67	Aposentada	Casada	Com esposo	B2

Legenda: G4-PPAC – Grupo 4 – Pior pontuação em ambos os componentes.

Fonte: A autora (2019).

Quadro 5. Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações no CFS (G5-PPCFS).

GRUPO 5						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G5-PPCF1	M	60	Aposentado	Casado	Com esposo	C2
G5-PPCF2	M	80	Aposentado	Divorciado	Sozinho	B2
G5-PPCF3	F	63	Aposentada	Casada	Com esposa	C2
G5-PPCF4	M	68	Aposentado	Solteiro	Sozinho	D-E
G5-PPCF5	M	71	Aposentado	Casado	Com esposa	C2
G5-PPCF6	M	61	Aposentado	Divorciado	Com os pais	C1

Legenda: G5-PPCF – Grupo 5 – Pior pontuação no componente físico.

Fonte: A autora (2019).

Quadro 6. Descrição dos participantes que obtiveram as piores pontuações em ambos os componentes (G6-PPAC).

GRUPO 6						
Identificação	Sexo	Idade	Ocupação	Estado civil	Como mora	ABEP
G6-PPCM1	F	64	Aposentada	Casada	Com esposo e filhos	C2
G6-PPCM2	F	60	Aposentada	Solteira	Sozinha	C2
G6-PPCM3	M	90	Aposentado	Casado	Com esposa	C1
G6-PPCM4	F	63	Aposentada	Solteira	Sozinha	C2
G6-PPCM5	M	69	Aposentado	Casado	Com esposa	C2
G6-PPCM6	M	60	Engenheiro	Casado	Com esposa e filhos	A

Legenda: G6-PPCM - Grupo 6 – Pior pontuação no componente mental.

Fonte: A autora (2019).

Através de uma análise geral do G4, G5 e G6 é possível observar que dentre os entrevistados que obtiveram as piores pontuações no CFS e CMS, 10 eram homens e seis, mulheres. Com exceção do G5, que apresentou a participação de apenas uma mulher, os outros grupos apresentaram o mesmo número de participantes de ambos os sexos. Nesse sentido, ao mesmo tempo que o G2 obteve uma maioria masculina em sua composição, o G5, que representa as piores pontuações nos mesmos componentes também obteve praticamente a mesma composição. Em relação às idades, os idosos mais jovens tinham 60 e o mais velho 90

anos. Doze deles se encontravam na primeira década da velhice (60 a 70 anos). Desses, oito estavam entre os 60 e 65 anos. Apenas quatro idosos tinham mais de 70 anos.

Dos entrevistados desses grupos, quase todos também se declararam aposentados. Apenas um relatou que ainda trabalha. Em relação ao estado civil, esses três grupos apresentaram quatro entrevistados que se declararam solteiros, nove casados, dois divorciados e apenas um viúvo. Vale ressaltar que dentre os entrevistados com melhores pontuações, nenhum se declarou solteiro.

No que diz respeito à situação de moradia não houve diferença que chamasse atenção uma vez que, sete deles moravam sozinhos, outros sete com esposa/esposo e dois deles com esposa e os filhos. Por fim, a classificação socioeconômica demonstrou uma tendência para os níveis mais baixos. Nesse sentido, apenas um participante apresentou classificação A e dois classificações B. Dos 16 entrevistados, 11 se encontravam dos estratos de classificação C e dois classificação D-E.

4.2. CATEGORIZAÇÃO DOS DISCURSOS

Visto o perfil dos participantes, as entrevistas foram analisadas. É importante ressaltar que esta etapa buscou investigar cinco componentes do estilo de vida, que são: o comportamento preventivo, fator nutricional, exercícios físicos, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse.

Em relação às categorias dos discursos, a análise das entrevistas permitiu identificar alguns indicadores presentes nas falas e ideias recorrentes nos discursos dos entrevistados para cada um dos componentes investigados. Dessa forma, as informações foram categorizadas dentro de cada um dos componentes de interesse neste estudo. A Figura 1 traz o resumo de cada uma das categorias e subcategorias identificadas nas falas dos entrevistados e que serão apresentadas e discutidas nos tópicos a seguir.

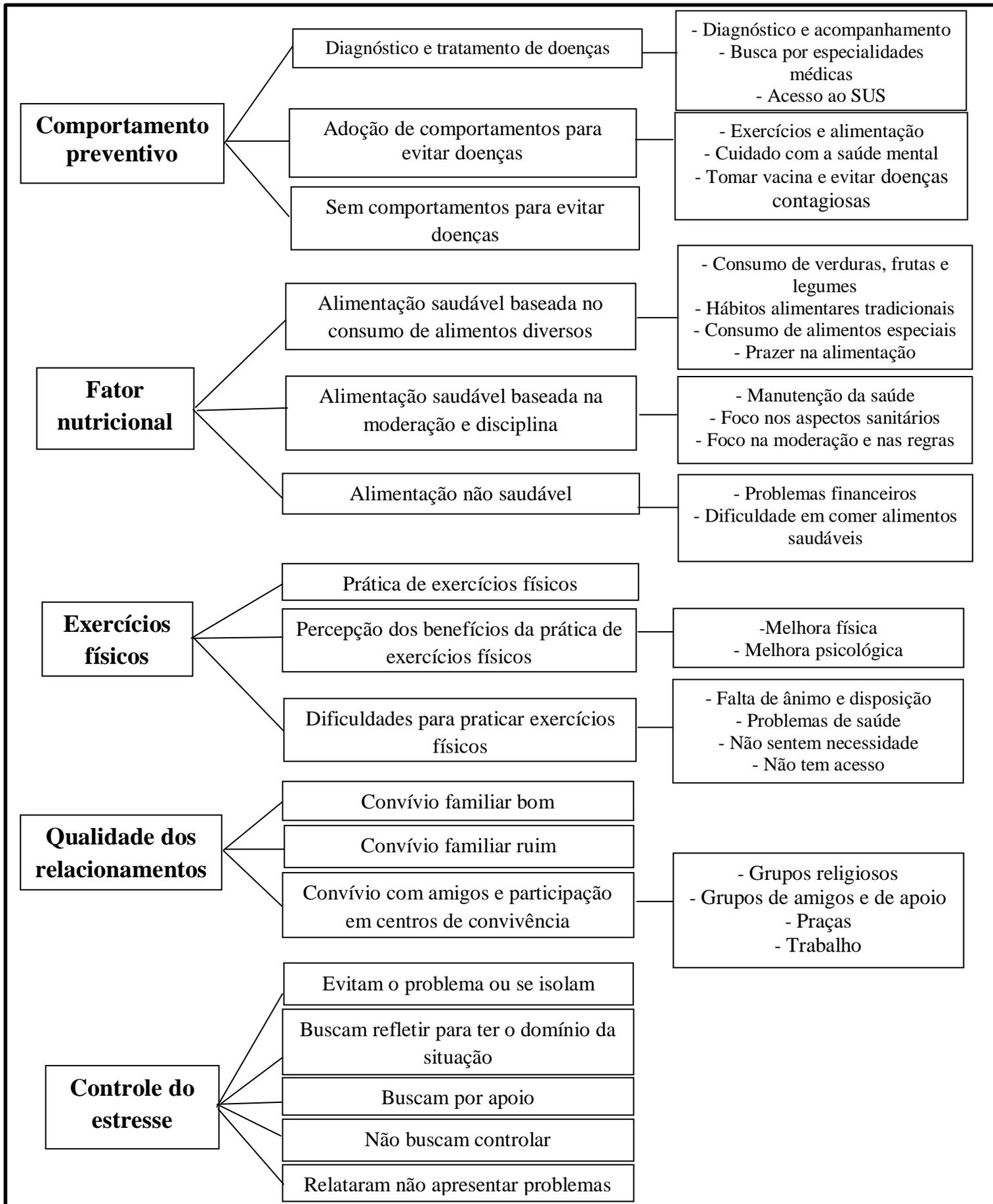


Figura 1. Resumo das categorias e subcategorias encontradas por componentes do estilo de vida.
Fonte: A autora (2019).

4.2.1. Comportamentos preventivo

No componente de comportamento preventivo, procurou-se entender os comportamentos adotados e os sentidos atribuídos à prevenção. Para alcançar esse objetivo, foram realizadas três perguntas aos entrevistados, a saber: “Você se preocupa com a prevenção de doenças?”, “Quais comportamentos você adota para ter uma boa saúde?” e “Caso não se preocupe com a prevenção de doenças, por qual motivo não se preocupa?”. Nesse sentido, a partir das respostas dos participantes, foram encontradas três categorias: “Tratamento e diagnóstico de doenças”, “Adoção de comportamentos para evitar doenças” e “Sem comportamentos para evitar doenças”. A primeira categoria representa aqueles idosos que atribuíram o ato de ir ao médico, fazer *check-ups* e acompanhar doenças já diagnosticadas como comportamentos relacionados à prevenção. Já a segunda, diz respeito aos entrevistados que relataram ter algum tipo de comportamento específico para evitar que o surgimento das doenças. A terceira categoria, por sua vez, se refere aos idosos que não apresentaram nenhum comportamento que de fato demonstra algum tipo de autocuidado com a saúde. A Figura 2, apresenta o resumo das categorias encontradas nesse componente do estilo de vida:

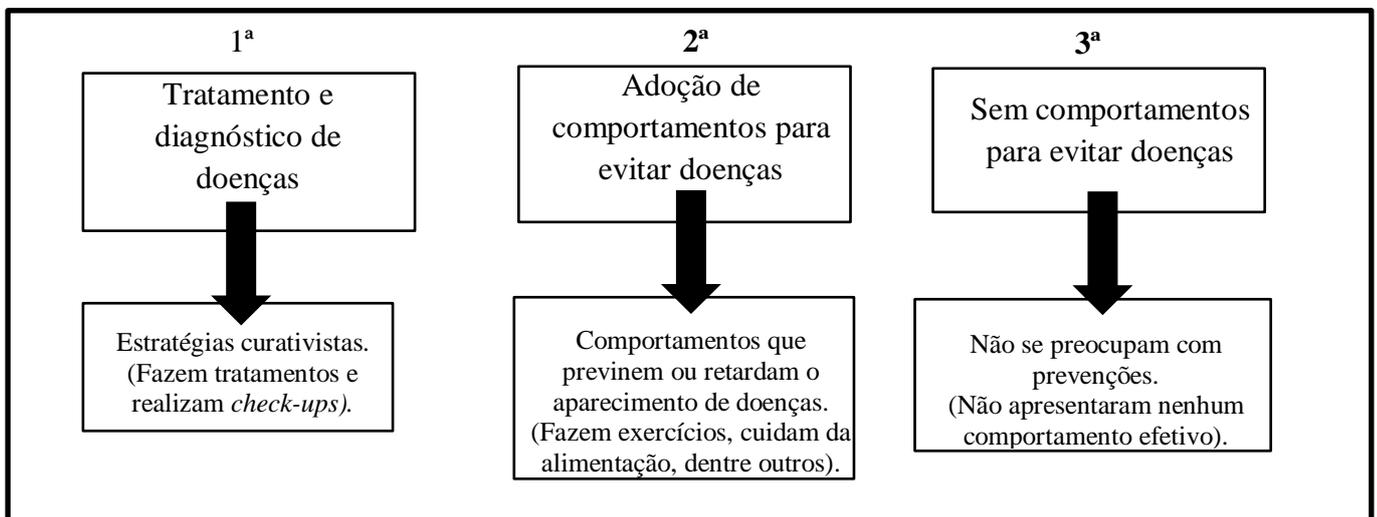


Figura 2. Categorias identificadas no componente de comportamento preventivo.

Fonte: A autora (2019).

Notou-se que a primeira categoria citada foi identificada em todos os grupos, já a segunda apenas não obteve representantes do G4 e a última foi identificada no G5 e G6. É importante ressaltar que alguns entrevistados relataram como comportamentos preventivos tanto o ato de buscar diagnóstico e tratamento de doenças quanto a adoção de hábitos que de

fato retardam o aparecimento de patologias. Isso ocorreu principalmente, entre os participantes que pertencem a grupos que representam as melhores pontuações do SF-36. Na Quadro 7, os entrevistados que aparecem em negrito representam aqueles que apresentaram falas das duas categorias. Nesse seguimento, em relação ao G1, todos os entrevistados estavam em ambas as categorias, ou seja, os indivíduos com as maiores pontuações nos componentes físico e mental do SF-36 demonstraram não só adotar comportamentos para prevenir doenças, mas também buscavam o diagnóstico precoce e o tratamento daquelas já identificadas. No G2 apenas um participante apresentou essas características e no G3, três dos participantes. Já no que diz respeito àqueles indivíduos pertencentes aos grupos que representaram as menores pontuações do SF-36 (G4, G5 e G6), apenas um participante do G5 e outro do G6 apareceram em ambas as categorias.

O Quadro 7 a seguir demonstra a disposição dos entrevistados de cada grupo em cada uma das categorias:

Quadro 7. Disposição dos entrevistados dentre as categorias do componente preventivo.

Comportamento preventivo						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Tratamento e diagnóstico de doenças	MPAC1	MPCF2	MPCM1	PPAC1	PPCF1	PPCM1
	MPAC2	MPCF3	MPCM2	PPAC2	PPCF4	PPCM2
	MPAC3	MPCF4	MPCM5	PPAC3	PPCF6	PPCM4
	MPAC4	MPCFS5	MPCMS6	PPAC4		PPCM5
Adoção de comportamentos para evitar doenças	MPAC1	MPCF1	MPCM1		PPCF1	PPCM4
	MPAC2	MPCF4	MPCM3		PPCF2	
	MPAC3	MPCF6	MPCM4	-		
	MPAC4		MPCM5			
		MPCM6				
Sem comportamentos para evitar doenças	-	-	-	-	PPCF3 PPCF5	PPCM3 PPCM6

Legenda: Negrito - Participantes que foram identificados em duas categorias ao mesmo tempo.

Fonte: A autora (2019).

Nessa perspectiva, é importante ressaltar que, em relação ao número de entrevistados, a primeira categoria apareceu na fala de 23 idosos, sendo que 12 deles estavam entre os grupos que representavam as maiores pontuações (G1, G2 e G3) e 11 entre as menores (G4, G5 e G6). No entanto, apenas quatro entrevistados que estavam entre as maiores pontuações apareceram

apenas na primeira categoria, ou seja, oito deles apareceram tanto na primeira quanto na segunda categoria. Em relação aos participantes dos grupos de menores pontuações, apenas dois apareceram em ambas categorias, nove relataram apenas adotar comportamentos de diagnóstico precoce e tratamento das doenças.

A segunda categoria apareceu na fala de 15 participantes, onde 12 deles estavam dentre as maiores pontuações (oito na primeira e segunda categoria) e apenas três dentre as menores (dois também apareceram na primeira categoria). Por fim, a última categoria encontrada, foi identificada na fala de quatro entrevistados, pertencentes ao G5 e G6. Esses participantes relataram não se preocupar com a prevenção de doenças e, conseqüentemente não adotavam nenhum comportamento para evitar complicações relacionadas a saúde.

Diante do exposto, observa-se que os participantes com as menores pontuações de qualidade de vida tiveram uma tendência maior de relatar apenas comportamentos curativos como estratégias de prevenção de doenças, enquanto aqueles com as maiores pontuações, além desse tipo de comportamento, também relataram adotar hábitos para retardar ou evitar o desenvolvimento das doenças, como cuidar da alimentação, da saúde mental e praticar exercícios físicos. Desse modo, nota-se que os comportamentos preventivos se relacionam com a percepção que os idosos têm sobre sua própria qualidade de vida. Esse fato tem sido demonstrado em estudos de intervenção voltados para o público idoso, que trabalham com educação em saúde, estimulando essa população a desenvolver e a aderir hábitos relacionados ao autocuidado (Borges, 2014; Ghasemi, Hosseine, & Sabouhi, 2019; Kim & Kim, 2017). A seguir, são discutidas cada uma das categorias encontradas no componente de comportamento preventivo.

4.2.1. 1. Tratamento e diagnóstico de doenças

Nesta categoria foram identificados os sentidos que os idosos atribuíam ao significado de prevenção de doenças. Para melhor compreendê-la, as falas dos entrevistados foram organizadas em três subcategorias: “Diagnóstico e acompanhamento”, “Busca por especialidades médicas” e “Acesso ao SUS”. A Figura 3 demonstra a organização dessa categoria:

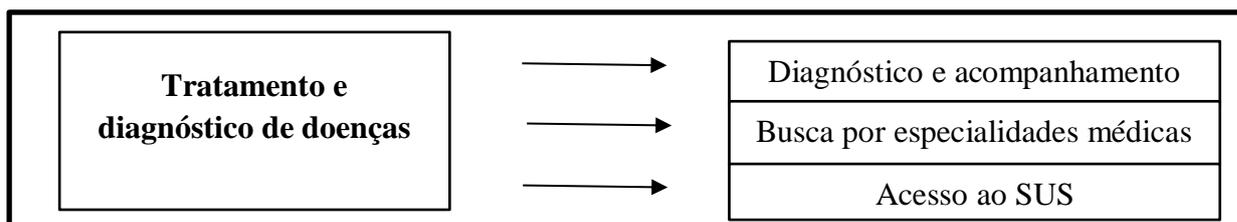


Figura 3. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas ao Tratamento e diagnóstico de doenças.

Fonte: A autora (2019).

Dessa forma, a subcategoria “Diagnóstico e acompanhamento” representa aqueles idosos que atribuíram o ato de ir ao médico, realizar o rastreamento precoce de doenças e tratar doenças já diagnosticadas como comportamentos relacionados à prevenção. Esse fato foi evidenciado nas falas de alguns participantes quando questionados sobre os comportamentos adotados para prevenir doenças, como pode ser observado a seguir nas respostas de alguns desses participantes:

Se eu sinto alguma coisa eu procuro um médico, não gosto de ficar tomando remédio por conta própria. Aí procuro um médico, mandar fazer um exame eu faço, mesmo que não tenha nada (G1-MPAC2, F, 68 anos).

Olha... É... Eu faço meus exames regulares, mas sabe... Nunca apresentei assim, nenhuma questão que merecesse atenção maior, você entendeu? E procuro fazer anualmente todos exames e tal, exame de sangue regularmente né... Graças a Deus, não aconteceu nada que merecesse atenção maior (G2-MPCF3 – F, 67 anos).

Ah, eu vou nos médicos e ver o que que precisa, não deixo de comprar remédio, não deixo de tomar, não falho, se tiver que sobrar um comprimido eu tomo ele pra poder acabar, não deixo... (G4-PPAC1 – F, 80 anos).

Eu estou sempre no médico, faço meus controles da pressão de dois em dois meses eu vou (G4-PPAC4, F, 67 anos).

Sinto alguma coisa corro para o médico, não fico com aquela coisa, acho que é isso. Acho que aquilo, aí é preferível ir ao médico. Eu não deixo a coisa ficar feia (G6-PPCM2, F, 60 anos).

Eu faço um check-up uma vez por ano, escolho um mês, geralmente junho e julho, e faço todos os exames, até mesmo dentista (G6-PPCM4, F, 63 anos).

Eu faço tratamento. Eu sou hipertenso desde 2004, e desde 2004 acompanho (G6-PPCM5, M, 69 anos).

Através dessas falas é possível notar que esses indivíduos acreditam que a prevenção de doenças está associada à uma estratégia assistencial curativa, ou seja, essas estratégias estão associadas à resolução dos problemas de saúde (Pereira, Rivera, & Artimann, 2013). Para Veras (2012), uma das características do envelhecimento é a multiplicidade de doenças crônicas e uma vez que elas estão instaladas, não regridem, fazendo com que o ideal seja a adoção de estratégias para evitar o desenvolvimento das mesmas.

Nessa mesma perspectiva, na subcategoria “Busca por especialidades médicas” notou-se que os cuidados de saúde desses idosos eram realizados por diversas especialidades médicas, como observado nas falas a seguir:

Eu vou no cardiologista, clínico, oftalmologista, a cada 6 meses (G1-MPAC1, M, 69 anos).

[...] São ginecologista, endócrino, também... ortopedista ééé... aquela do estômago... gastro né?! (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Eu tenho um clínico geral, oftalmo, ginecologista, otorrino, endócrino, cardiologista. Normalmente eu vou uma vez por ano só endócrino que eu vou duas porque tomo remédio para tireoide, faço controle (G1-MPAC3, F, 68 anos).

Eu vou ao médico de seis em seis meses porque eu tenho marca-passo, então vai para fazer avaliação do marca-passo e vou de três em três meses ao cardiologista. Uma vez por ano na ginecologista, e quando acontece algum eventual problema, vou ao médico (G2-MPCF4, F, 74 anos).

Vou ao médico de coração, ortopedista, ginecologista, médico de cabeça...como que chama...neurologista (G3-MPCM1, F, 79 anos).

Eu não me preocupo porque eu cuido. De 3 em 3 meses eu vou endocrinologista e faço um exame geral, uma vez por ano eu faço

mamografia, densitometria, eu faço todos os exames adequados à minha idade (G3-MPCM5, F, 74 anos).

Tem o cardiologista e tem o médico que me acompanha que vou de seis em seis meses, é clínico geral, mas especializado em idosos, geriatra (G3-MPCMS6, F, 74 anos).

Ahhh eu faço todos os tratamentos que são necessários. Exemplo, eu tive carcinoma *in cito* na mama direita, como eu já tenho casos na minha família, nós somos mastectomizadas, uma já veio a falecer, era enfermeira até, tinha 55 anos, então eu me preocupo muito em todos os sentidos. Em relação ao carcinoma, eu me previno todos os anos, eu faço o meu controle direitinho, eu vou mastectologista, faço mamografia, a ultrassonografia das mamas, ultrassom abdominal total, como eu nunca mantive relação sexual, eu faço a ultrassom para prevenir câncer de útero e ovário e para ver se tá tudo bem (G4-PPAC3, F, 60 anos).

Foi possível observar nessas duas subcategorias, a hegemonia da atenção secundária e terciária nos cuidados na saúde do idosos, isto é, os indivíduos procuram os serviços de saúde para diagnosticar precocemente as doenças, evitar os agravos e minimizar sequelas das doenças já instaladas. Para Veras (2012), a lógica de prevenção para o público idoso é o diagnóstico precoce de doenças, antes mesmo de o indivíduo apresentar sinais e sintomas. É importante ressaltar que esses comportamentos refletem uma ideia de autocuidado que também é importante para essa população, mas não é a única. Desse modo, esses idosos entrevistados desenvolveram estratégias de autocuidado de desenvolvimento, ou seja, aqueles cuidados que ocorrem em alguma fase da vida em decorrência de eventos específicos e, de desvios de saúde, aqueles necessários após o diagnóstico de uma doença. Todavia, não relataram estratégias de autocuidados universais, aqueles que aumentam a possibilidade do equilíbrio orgânico, evitando assim o surgimento das doenças, tais como: cuidados com a alimentação, ingestão de água, prática de exercícios, dentre outros.

Outro ponto em questão é que, de acordo com Pereira, Schneider e Schwanke (2009), a velhice traz condições de saúde muito específicas e necessidades médicas muito distintas daquelas de indivíduos mais jovens. Nesse contexto, percebe-se que apenas uma das entrevistadas (MPCM6) relatou ser acompanhada por um médico geriatra. Essa especialidade médica tem sido responsável por cuidar dos aspectos clínicos do envelhecimento, oferecendo

um amplo cuidado de saúde necessários para a pessoa idosa. Desse modo, essa é uma área da medicina que oferece um tratamento holístico, permitindo o trabalho de equipes multidisciplinares com foco em otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida e autonomia dos idosos (Pereira et al., 2009).

Esses dados chamam atenção pelo fato de que, apesar de esses idosos terem associado o ato de ir ao médico como um comportamento que previne doenças, a maioria não possui acompanhamento com um profissional que trata de demandas específicas do envelhecimento. Para Souza, Campos e Panhoca (2016), esse fato pode se dar por desconhecimento da existência dessa especialidade ou pela dificuldade de acesso a esse profissional, uma vez que a disponibilidade desses especialistas é baixa tanto na rede pública quanto na rede privada. De acordo com Scheffer et al. (2018), a população brasileira conta com 0,8 geriatras para cada 100 mil habitantes. Nessa perspectiva, os dados podem ser reflexos da carência de profissionais médicos aptos a cuidarem especificamente das particularidades dessa população.

Os exames de rastreamento, por sua vez, permitem o diagnóstico precoce de algumas doenças e, são importantes para essa população uma vez que aumentam as chances de cura (Lima et al., 2018; Santos, Neri, Luz, Brito e Bezerra, 2011). Além disso, o acompanhamento das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, ajuda a prevenir maiores complicações à saúde, reduzindo o número de hospitalizações e óbitos (Barreto, Carreira, & Marcon, 2015).

Na terceira e última subcategoria, “Acesso ao SUS”, foi possível perceber que o acesso à serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita a essa população a realização de exames preventivos e acompanhamento de doenças crônicas, como demonstrado pelas falas a seguir:

Olha, eu sou diabético, sou hipertenso, entende? Então eu faço tratamento pela universidade federal, né? (G4-PPAC2, F, 60 anos).

A médica do posto mesmo, sempre a gente faz um controle que eu sou hipertenso, tenho colesterol alto, sempre faço essa prevenção (G5-PPCF1, M, 60 anos).

Vou no médico do posto de saúde perto da minha casa, vou de dois em dois meses. Ele é clínico geral (G5-PPCF4, M, 71 anos).

Geralmente eu vou no médico, até porque eu tenho um posto de saúde em frente à minha casa, então sempre que tem prevenção lá eu vou (G5-PPCF6, M, 61 anos).

Olha, a gente tem que ir ao médico. Quinta feira passada eu vim aqui no posto... vim fazer mamografia (G6-PPCM1, F, 64 anos).

Aí aqui no posto, tem um médico de família e ele é muito bom, é fácil de ir, e não deixo para amanhã, amanhã, amanhã... (G6-PPCM2, F, 60 anos).

Percebe-se com a fala desses entrevistados que a presença de serviços públicos de saúde próximos às suas residências facilita o acesso e a aderência tanto aos tratamentos quanto à realização de exames preventivos. De acordo com Malta et al. (2017), a utilização de serviços de saúde é determinada pela percepção da necessidade do usuário, ou seja, existe uma relação causal entre a doença e a procura desses serviços. As Unidade Básicas de Saúde (UBS), denominada pelos entrevistados como “posto de saúde”, funcionam como uma das portas de entrada de todos os cidadãos brasileiros ao SUS. Para Silvestre e Costa Neto (2003), o cuidado com a saúde da pessoa idosa deve se basear na atenção básica de saúde. Desse modo, as UBS’s facilitam esse trabalho e ajudam a manter o vínculo do idoso com o SUS.

Dadas as questões levantadas, a prevenção focada no tratamento e diagnóstico de doenças é importante nessa população para que se evite os agravos na saúde. No entanto, é importante que haja a adoção de outros comportamentos focados na promoção de saúde e, que buscam prevenir ou retardar as possíveis doenças que podem aparecer em decorrência da velhice.

4.2.1.2. Adoção de comportamentos para evitar doenças

Nessa categoria, os entrevistados demonstraram adotar comportamentos específicos para evitar ou retardar o surgimento de doenças. Para melhor compreender as informações, essa categoria foi dividida em três subcategorias que se referem aos tipos de comportamentos citados pelos entrevistados: “Exercícios e alimentação”, “Cuidado com a saúde mental” e “Tomar vacina e evitar doenças contagiosas”. A Figura 4, demonstra resumidamente a organização dessa categoria.

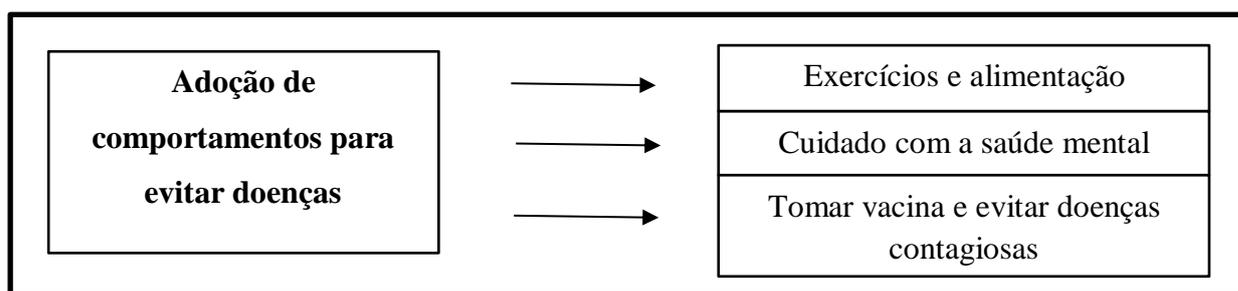


Figura 4. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas aos comportamentos para evitar doenças.

Fonte: A autora (2019).

Na subcategoria “Exercícios e alimentação” os entrevistados relataram comportamentos para evitar as doenças como cuidar da alimentação e praticar exercícios, como é possível observar nas falas a seguir:

[...] Cuido da alimentação, faço exercícios. Eu geralmente sou preguiçosa, atualmente eu faço Pilates e uma dança que eu comecei. Também cuido da cabeça adoro viajar gosto de planta... (G1-MPAC3, F, 68 anos).

Faço atividade física, faço academia. Porque eu sempre tive uma vida muito ativa né, e agora como eu aposentei, arrumei uma forma de manter (G2-MPCF1, M, 76 anos).

Eu cuido, faço atividade física, ando bastante, procuro fazer assim, alguma coisa (G2-MPCF4, F, 74 anos).

Minha mãe era diabética hipertensa então eu tenho uma tendência da minha glicose está sempre alterada, então eu procuro cuidar da minha alimentação (G3-MPCM4, F, 64 anos).

[...] comecei a praticar exercícios físicos (G6-PPCM4, F, 64 anos).

[...] ah, a alimentação né, a alimentação é o principal né, é só seguir direitinho o que tá no dia a dia e tudo bem... (G5-PPCF1, M, 60 anos).

Foi possível verificar dois pontos importantes nas falas desses entrevistados. A primeira questão é a preocupação em manter-se ativo, como visto na fala dos participantes MPAC3, MPCF1, MPCF4, PPCM4. A preservação da autonomia é um importante fator para essa população. Desse modo, pode-se dizer que a fala desses idosos demonstra uma

preocupação com a criação e execução de estratégias para a manutenção da sua capacidade funcional pelo maior tempo possível, como apontado por Murakami e Scatollin (2010).

O segundo ponto é o cuidado com a alimentação como forma de manter a saúde como observado na fala dos participantes MPCM4 e PPCF1. Essas duas falas demonstram o esclarecimento sobre o cuidado com a alimentação na prevenção e controle de doenças crônicas e na manutenção da saúde. Visto que existe uma alta prevalência de doenças crônicas entre os idosos, a adoção e o esclarecimento sobre fatores que podem gerenciar essas doenças e manter a saúde são estratégias positivas e importantes para essa população (Scherer, Scherer, Conde, & Dal Bosco, 2013). Visto isso, foi possível identificar pela fala dos participantes, alguns que apresentaram esses hábitos para a preservação da saúde não só no período da velhice, mas por toda a sua vida:

Nesse seguimento, na segunda subcategoria “Cuidado com a saúde mental”, foram identificados participantes que relataram estratégias para cuidar dos aspectos psicológicos para que se pudesse prevenir as doenças:

Alimentação, exercícios, distrair, ter amizades, sorrir muito...é isso!
(G3-MPCM1, F, 79 anos).

Eu me divirto, eu faço muita caminhada. Eu frequento academia, adoro biodança (G3-MPCMS5, F, 74 anos).

Principalmente a alimentação, atividade física e a cabeça, leio muito, gosto de ler, cinema, me divertir, e acho muito importante também ter amigos, viver em uma sociedade com outras pessoas, conviver com outras pessoas acho isso importantíssimo, isso para mim também previne doenças (G3-MPCM6, F, 74 anos).

Desse modo, foi possível verificar que se divertir, ter amizades, conviver em sociedade e ter atividades de entretenimento como ler e ir ao cinema, foram atividades apontadas como protetoras da saúde. Todas as idosas que apontaram esses fatores, se declararam praticantes de atividade física. Para Meurers, Benedetti e Mazo (2009), a participação em atividades que melhoram a aptidão física traz melhorias não apenas fisiológicas, mas também psicológicas. Assim, os idosos desenvolvem uma percepção positiva sobre a autoimagem e autoestima. Esses fatores psicológicos, podem trazer melhorias para a saúde dessa população, uma vez que incentivam a autonomia e aumentam a rede de apoio social para esse público (Koeneman et al., 2011; Phillips et al., 2014; Smith et al., 2017).

Na última subcategoria “Tomar vacina e evitar doenças contagiosas”, a vacinação e costumes como uso de agasalhos e evitação de contato com pessoas com pessoas diagnosticadas com alguma doença contagiosas, também foram citados como comportamentos preventivos, dado que pode ser visto a seguir:

Evitar friagem, sempre me procurar me agasalhar, não sou muito de comer não, de manhã um pouquinho, almoço, depois saio daqui só à noite que eu vou comer alguma coisa. Agora eu gosto de tomar minha cervejinha todo dia. No barzinho que tem do lado da minha casa, vou lá e toma uma cervejinha (G2-MPCF6, M, 73 anos).

Me vacinei recentemente contra pneumonia, vacinei contra gripe, estou me resguardando né. Evito contato com pessoas que têm doenças altamente contagiosas (G5-PPCF2, M, 80 anos).

Esses comportamentos também são importantes para prevenir doenças nesse público, uma vez que os idosos apresentam alterações no sistema imunológico, o que os torna uma população mais propensa ao contágio por doenças infecciosas. A vacina é um fator resultante do avanço da medicina que previne inúmeras doenças, podendo aumentar a expectativa de vida da população (Malafaia, 2008).

Nota-se na fala do entrevistado MPCF6 que, mesmo dizendo adotar hábitos saudáveis para prevenir doenças, ele diz não deixar de consumir bebidas alcoólicas. De fato, evitar o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas são comportamentos que podem prevenir o surgimento de inúmeras doenças. Esses dois fatores não foram citados por nenhum dos demais entrevistados. No entanto, sabe-se que o consumo de bebidas alcoólicas, apesar de poder trazer prejuízos para a saúde, tem demonstrado que pode melhorar a percepção da qualidade de vida dos idosos à medida que pode ajudar o indivíduo a frequentar locais públicos e manter contatos com outras pessoas (Byles et al., 2006; González-Rubio et al., 2016; Mukamal et al., 2003). A influência do consumo de bebidas alcoólicas na melhor percepção da qualidade de vida também foi verificada na Etapa 1 da presente dissertação.

Visto as questões que puderam ser observadas nas falas dos entrevistados, alguns idosos, principalmente aqueles com as melhores pontuações no SF-36, têm a consciência sobre comportamentos do estilo de vida que podem prevenir doenças e prolongar a vida. A preocupação com a manutenção de um estilo de vida ativo, de uma alimentação saudável e de

práticas que podem reduzir as chances do desenvolvimento de doenças contagiosas podem contribuir para a melhor qualidade de vida dessas pessoas.

4.2.1.3. Sem comportamentos para evitar doenças

A última categoria identificada referente ao comportamento preventivo se refere àqueles indivíduos que, além de terem declarado não se preocupar com a prevenção de doenças, não apresentaram nenhum comportamento que, de fato, levariam à preservação da saúde ao longo do tempo.

Dos quatro entrevistados que não demonstraram comportamentos para cuidar da saúde, dois deles, ao serem questionados sobre possíveis comportamentos preventivos mencionaram em suas falas à fé religiosa, como pode-se observar a seguir:

Eu peço muito a Deus né, por que é só ele que pode nos abençoar e dar saúde para a gente, força para gente, porque você vai ao médico, eles receitam remédio e o remédio não dá certo. Às vezes você toma um remédio e atrapalha o estômago ou atrapalha outra coisa, não é um remédio que você sabe que vai ficar curada. Então quem cura a gente é só ele lá em cima, porque com a fé que a gente tem, pede a ele todos os dias. Às vezes eu estou com muita dor e tenho lencinho, eu coloco ele em cima daquela dor. De manhã cedo, eu não estou com aquela dor mais. Tenho muito essa fé de pedir Deus as coisas... mas eu tenho vontade de caminhar novamente, peço a Deus para eu caminhar só que a idade também ajuda né?! Eu estou com 63 anos já... (G5-PPCF3, F, 63 anos).

Não me preocupo com nada, não. Me apareceu um monte de coisa de uma vez só. Eu penso que se eu fizer uma hoje amanhã eu pago né? Então alguma coisa errada eu fiz estou pagando (G6-PPCM3, M, 90 anos).

Observa-se na fala dos dois participantes a transferência da responsabilidade sobre seus problemas de saúde, para uma figura divina. Ambos os participantes declararam que a

saúde se encontra fragilizada. Nota-se que a participante da primeira fala (PPCF3) atribui a Deus a responsabilidade de curar a doença. Já a fala do segundo participante (PPCM3) demonstra que a doença seria uma espécie de castigo por algo errado que ele tenha feito no passado. O fato é que, em ambos os casos, não é realizado nenhum comportamento preventivo, uma vez que os participantes não acham que a manutenção de sua saúde ou o surgimento das doenças sejam acontecimentos que estão em seu controle. Percebe-se que o participante PPCMS3, já possui uma idade avançada, sendo classificado como velho-velho (90 anos) (Schaie & Willis, 1996), no entanto, a participante PPCF3, ainda está iniciando o período da velhice (63 anos), trata-se de uma velha-jovem (Schaie & Willis, 1996), mas refere-se a si mesma como alguém de idade já avançada. É possível perceber esse fato quando a mesma diz “a idade também ajuda né, eu estou com 63 anos já”.

Além da ausência de comportamentos que buscam evitar a complicação das doenças, é possível notar nesses dois entrevistados uma forma distinta de enfrentar a mesma. Para Pargament et al., (1988), a religião pode assumir funções em relação à responsabilização e o nível de participação do indivíduo frente à resolução de um problema. Desse modo, o indivíduo pode adotar três estilos de posicionamento: o autodirigido (*self-directing*), o colaborativo (*collaborative*) e o delegante (*deferring*). No caso do estilo autodirigido o indivíduo assume a responsabilidade, entendendo que Deus lhe confere liberdade para conduzir a própria vida. No caso do colaborativo, a responsabilidade é atribuída tanto a Deus quanto ao indivíduo, ou seja, ambos são percebidos como ativos na resolução do problema. Por último, o estilo delegante é quando o indivíduo transfere sua responsabilidade para Deus, confiando nele a solução do seu problema, como foi possível notar nas falas dos entrevistados (Vitorino & Viana, 2012).

Os outros participantes demonstraram não pensar sobre a prevenção. O primeiro (PPCF5) parece associar a ideia de prevenção ao ato de fazer sacrifícios e o segundo (PPCM6) se declara relapso em relação a esse tema.

Não, por exemplo, aquilo que eu gosto de fazer, eu faço. Aquilo que eu gosto de comer e aquilo que eu gosto de beber eu faço tudo (G5-PPCF5, M, 71 anos).

Eu não me preocupo com a prevenção de doenças porque eu sou relapso e não estou nem aí pra isso (G6-PPCMS6, M, 60 anos).

Nota-se que nessa categoria todos os entrevistados estão em grupos correspondentes às menores notas do SF-36. Nesse sentido, a ausência de autocuidado pode estar relacionada a

diversos fatores que envolvem tanto aspectos físicos quanto emocionais. Para Silva e Santos (2010), o autocuidado leva o indivíduo a rever valores e promove a autorreflexão. Desse modo o cuidado de si envolve a integralidade de todas as dimensões corporais (física, mental e espiritual), sendo instrumentalizado de modo que os comportamentos adotados pelos indivíduos passam a ser sentidos e vividos, refletindo sua forma de atuar frente ao mundo.

Assim, para se compreender os aspectos que envolvem os comportamentos preventivos e para se criar intervenções pautadas na educação em saúde voltadas para essa população é necessário se considerar a complexidade envolvida no processo de envelhecer e os significados relacionados à prevenção de saúde presentes no imaginário dos idosos. Desse modo, é possível compreender as necessidades dessa população e elaborar condutas alcançáveis e possíveis de serem executadas.

4.2.2. Fator nutricional

Neste componente, procurou-se identificar características gerais relacionadas à alimentação dos idosos participantes. Para isso, quatro perguntas foram feitas aos entrevistados, a saber: “Para você, o que é uma alimentação saudável?”, “Como é a sua alimentação?”, “Você considera sua alimentação saudável?” e “Caso não considere, por qual motivo você não adere uma alimentação saudável?”. Essas perguntas visavam perceber a visão dos participantes a respeito da sua própria alimentação e sobre o conceito que os mesmos tinham sobre alimentação saudável, assim como suas dificuldades relacionadas ao tema. Nessa perspectiva, foram identificadas no fator nutricional três categorias a saber: “Alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos”, “Alimentação saudável baseada na moderação e disciplina” e “Alimentação não saudável”.

A primeira categoria identificada reuniu entrevistados que declararam ter uma alimentação a base de alimentos considerados saudáveis. Para esses idosos, uma alimentação saudável consistia, principalmente, no consumo de frutas, legumes e verduras. Na segunda categoria, os idosos apresentaram uma alimentação pautada no cumprimento de determinadas regras, como comer de três em três horas e fazer no mínimo três refeições ao dia e, também na visão de risco, onde adotavam certos hábitos alimentares a fim de reduzir o risco de doenças e manter o organismo equilibrado. Na última categoria encontrada, os idosos relataram que não consideram sua alimentação saudável devido a diversas dificuldades relacionadas à vida

financeiras, à dificuldade de mobilidade, à dificuldade de adotar hábitos saudáveis, dentre outros. A Figura 5, apresenta o resumo das categorias identificadas nesse componente:

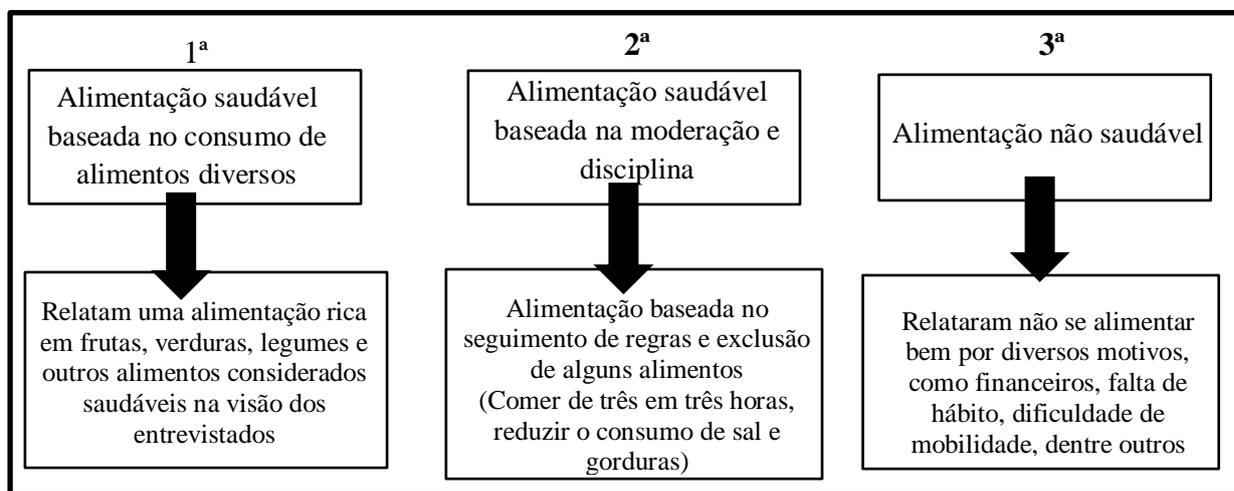


Figura 5. Categorias identificadas no componente de fator nutricional.

Fonte: A autora (2019).

Em relação à disposição dos entrevistados em cada uma das categorias, notou-se que a primeira categoria foi identificada na fala de 15 entrevistados. Destes, nove estavam entre os participantes com maiores pontuações (G1, G2 e G3) e seis dentre os entrevistados com as menores pontuações (G4, G5 e G6). Já a segunda categoria foi identificada na entrevista de 13 idosos, onde nove também pertenciam aos grupos de entrevistados que representavam as maiores pontuações do SF-36 e quatro aos grupos que representavam as menores pontuações. Vale ressaltar que, quatro participantes apareceram nas duas categorias, como destacado em negrito no Quadro 8. Logo, os entrevistados MPCF1, MPCM1, PPCM5 e MPCM6 demonstraram tanto ter uma alimentação focada no consumo de alimentos considerados por eles saudáveis quanto seguir algumas regras e evitar alguns riscos a fim de manter a saúde.

A última categoria identificada foi encontrada na fala de oito entrevistados. Nesse sentido, apenas um participante se encontrava dentre as maiores pontuações. Em relação ao restante dos entrevistados um pertencia ao G4, ou seja, apresentava notas mais baixas em ambos os componentes, dois pertenciam ao G5, do qual representa os participantes com piores pontuações no componente físico e os outros quatro pertencem ao G6, grupo que corresponde aos participantes com as menores notas no CMS. Esses resultados sugerem que dentre os idosos que declararam não ter uma alimentação saudável, a maioria estava entre aqueles com as piores percepções da qualidade de vida. O Quadro 8 traz a disposição dos participantes em cada uma das categorias identificadas:

Quadro 8. Disposição dos entrevistados dentre as categorias do fator nutricional.

Fator nutricional						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos	MPAC1 MPAC3	MPCF1 MPCF3 MPCF5	MPCM1 MPCM2 MPCM3 MPCM6	PPAC1 PPAC3 PPAC4	PPCF5 PPCF6	PPCM5
Alimentação saudável baseada na moderação e disciplina	MPAC2 MPAC4	MPCF1 MPCF2 MPCF6	MPCM1 MPCM4 MPCM5 MPCM6	-	PPCF1 PPCF2	PPCM3 PPCM5
Alimentação não saudável	-	MPCF4	-	PPAC2	PPCF3 PPCF4	PPCM1 PPCM2 PPCM4 PPCM6

Legenda: Negrito – Participantes que foram identificados em duas categorias ao mesmo tempo.
Fonte: A autora (2019).

Em relação à disposição dos participantes nessa categoria, é possível observar que não houve diferença entre os idosos com melhores e piores percepções relacionadas à qualidade de vida nas duas primeiras categorias. No entanto, na última, que se refere aos idosos que não possuem uma alimentação saudável, constata-se que a maioria dos participantes que tiveram essa categoria identificada em suas falas pertenciam a grupos que representam as menores pontuação, ou seja, aqueles participantes com uma qualidade de vida ruim tiveram uma tendência maior de relatar que não possuíam uma alimentação saudável, contribuindo com as evidências que demonstram que a alimentação contribui para a qualidade de vida dessa população (Camelo et al., 2016; Milla et al., 2014; Zaragoza-Martí et al., 2018). A seguir, discutiremos cada uma das categorias desse componente.

4.2.2.1. Alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos

Nesta categoria, os entrevistados relataram ter uma alimentação saudável baseada no consumo de diversos alimentos que, de acordo com eles, fazem bem para a saúde. Para

compreender melhor os aspectos gerais da alimentação desses participantes, a categoria foi organizada em três subcategorias, a saber: “Consumo de verduras, frutas e legumes”, “Hábitos alimentares tradicionais” e “Consumo de alimentos especiais”. A Figura 6 traz a esquematização de como a primeira categoria foi organizada.

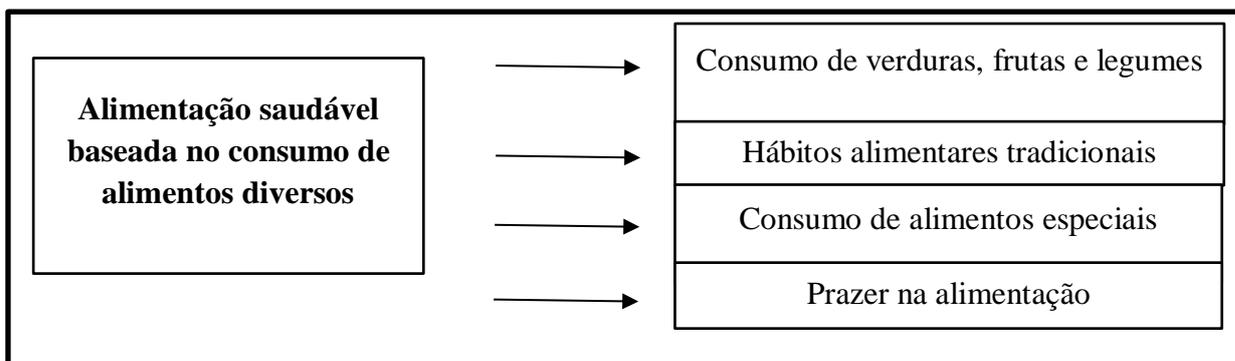


Figura 6. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram ter uma alimentação baseada no consumo de alimentos diversos.

Fonte: A autora (2019).

Muitos dos entrevistados relataram ter uma alimentação rica no consumo de verduras, frutas e legumes, o que se trata da primeira subcategoria citada. É possível observar, nas falas a seguir, a ideia de comida colorida, consumo de alimentos variados e, também, percepção sobre a importância da presença desses alimentos:

É muito verde [se referindo à alimentação saudável], é uma comida colorida, ela tem que ser colorida... (G1-MPAC1, M, 69 anos)

[...] prestando atenção na qualidade, então verdura, fruta, legumes (G1-MPAC3, F, 68 anos).

[...] gosto muito de legumes, verduras, dou muito valor para essas coisas (G2-MPCF1, M, 76 anos)

Alimentação saudável é você comer verduras e frutas ... (G3-MPCM,1, F, 79 anos).

Verduras, legumes, principalmente frutas, que eu sou muito de fruta, todos os dias, salada de frutas, banana para começar o dia, e... Muita água, tomo muita água, o médico manda eu tomar dois litros (G3-MPCM6, F, 74 anos).

Faço uma salada todo dia... ali tem alface, tem brócolis, tem couve flor, cenoura, beterraba lá uma vez ou outra porque engorda (risos) aquele

gosto muito de berinjela e as vezes tem uma alface um abobora madura, uma coisa assim a parte, feijão e carne só (G4-PPAC1, F, 80 anos).
Como legumes e frutas, principalmente (G6-PPCM5, M, 69 anos).

É perceptível na fala desses sete entrevistados a ideia de alimentação saudável pautado no consumo de frutas, verduras e legumes como base da alimentação. Além de essa ideia estar em sintonia com o Guia Alimentar da População Brasileira (2015), é importante ressaltar que o consumo desses alimentos ajuda os indivíduos a alcançarem suas necessidades de vitaminas, minerais e fibras mais facilmente (Damiani, Pereira & Ferreira, 2017). Vale salientar, também, que de acordo com o levantamento realizado pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) (IBGE, 2008/2009), o consumo de verduras, legumes e frutas na alimentação do brasileiro se encontrava abaixo do adequado, principalmente quando se trata da população de idosos. Nesse contexto, apesar de o objetivo da entrevista ter sido investigar os aspectos gerais da alimentação, não se baseando na quantidade de nutrientes ingeridos pelos idosos, é possível considerar que alguns entrevistados demonstraram saber a importância do consumo desses alimentos, bem como consumi-los todos os dias.

Nesse seguimento, na segunda subcategoria identificada, três participantes também demonstraram o consumo de alimentos pautados em hábitos tradicionais como o consumo de arroz, feijão, angu e verdura e de hábitos adquiridos na sua infância.

[...] eu fui criada na roça, e até então eu não sabia que a alimentação que tem em fazenda, roça é uma alimentação saudável, porque se come legumes, muita fruta, laranja, banana, mamão, tudo que se colhe em fazenda, sabe? Então a vida inteira eu me alimento muito disso né... (G2-MPCF3, M, 67 anos).

É ter um arroz com feijão, angu, uma verdura. Sempre tem uma verdura sempre tem um legume, carne, ovo e peixe, eu gosto muito de uma sardinha (G2-MPCFS5, M, 68 anos).

Sou muito ligada a legumes, verduras o que é a alimentação saudável né? E legumes e verduras todo dia, direto, arroz, feijão, ovo, alimentação saudável, né? Muita fruta. água, bebo muita água (G3-MPCMS3, F, 64 anos).

Sabe-se que a formação dos hábitos alimentares se inicia na infância e que a família exerce um papel muito importante nesse processo (Rossi, Moreira, & Rauen, 2008). Assim, é comum que muitos idosos mantenham hábitos que foram aprendidos durante os primeiros anos de vida. Esse aspecto é um fator que dificulta a modificação dos hábitos na vida adulta e na velhice. No entanto, as dietas tradicionais, pautadas em alimentos regionais também podem ser consideradas saudáveis. O Guia Alimentar da População Brasileira (2015) também sugere a ingestão de alimentos regionais de forma a preservar a identidade e facilitar a adequação alimentar dos indivíduos.

Nota-se ainda que a água foi um componente citado na fala de apenas duas entrevistadas (G3-MPCM6 e G3-MPCM3). A hidratação é um fator que merece atenção principalmente nessa faixa etária, uma vez que, o indivíduo idoso perde a sensibilidade à sede. Desse modo, um baixo consumo de água associado ao uso de medicamentos e à prática de exercícios pode levar à episódios de desidratação. Os quadros de desidratação são bastante comuns nessa população, fazendo com que a ingestão hídrica adequada seja um fator muito importante para esse público (Dórea, 2015).

Nessa categoria também foram identificados aqueles idosos que, quando questionados sobre sua alimentação, demonstraram preocupação de consumir alimentos atualmente considerados mais saudáveis do que aqueles tradicionais. Como citado anteriormente, essa categoria foi nomeada como ‘Consumo de alimentos especiais’ e as falas de alguns participantes estão dispostas a seguir:

Como muita verdura, fruta, tomar suco natural, mas assim... açúcar mascavo, eu não gosto muito de açúcar, não sou de comer carne todo dia... (G3-MPCMS2, F, 60 anos).

Seria uma alimentação com bastante legumes, verduras, frutas... tento meu pão integral, minha ricota, meu biscoito integral, torrada, evito doce, tomo meu café com sucralose, o adoçante sucralose que é o recomendável né, emagreci 1 kg ou 2. Então quer dizer eu tento fazer o melhor possível (G4-PPAC3, F, 60 anos).

Por enquanto eu estou assim, comendo arroz integral, a maioria das coisas integral, mas eu não como muito não, porque dizem que não é bom por que é carboidrato também... Aí eu como pouco. Mais fruta verdura não falta não (G4-PPAC4, M, 67 anos).

Nota-se que além do consumo das frutas, legumes e verduras, foi dada importância aos alimentos ou produtos que não faziam parte dos hábitos alimentares desses indivíduos. O pão, por exemplo, é um produto popular tradicionalmente incluído na alimentação do brasileiro. O seu formato integral é composto necessariamente por farinha de trigo integral, aumentando o teor de fibras e nutrientes do produto (Battochio et al., 2006). O açúcar mascavo, por sua vez, é um tipo de açúcar que, ao contrário do açúcar cristal, não passou por nenhum processo de refinamento, preservando os seus minerais. No entanto, apesar de ser mais nutritivo que o açúcar convencional, continua sendo um açúcar e também causa alterações na glicemia e aumenta o risco de doenças crônicas quando ingerido em excesso (Mendonça, Rodrigues, & Zambiasi, 2000).

Já a sucralose é um edulcorante que possui poder adoçante semelhante ao açúcar. No entanto, apesar do uso dessa substância ter sido proposto por não causar alterações na glicemia, estudos recentes já demonstram que receptores do sabor doce presentes no intestino podem levar à alteração da glicemia quando em contato com esse tipo de adoçante (Grotz, Pi-Sunyer, Porte, Roberts, & Richard Trout, 2017; Pepino & Klein, 2014; Pepino et al., 2013).

É importante ressaltar que o consumo desses alimentos, muitas vezes, é incentivado pelas propagandas vinculadas à indústria que comercializa produtos dietéticos, mas nem sempre a substituição de alimentos tradicionais por esses produtos é uma boa alternativa para a saúde, principalmente quando realizada sem a orientação adequada de um profissional. Assim, percebe-se que, apesar de esses idosos demonstrarem preocupação com a ingestão de alimentos que trazem benefícios para a saúde, muitas vezes faltam orientações apropriadas e simples para que os mesmos consigam se adequar. Nota-se, inclusive, uma preocupação em se adequar ao ideal bioquímico priorizado atualmente pelo campo da nutrição, como observado na fala do entrevistado G4-PPAC4 quando o mesmo se demonstra preocupado com o excesso de carboidratos. Essa fala mostra que termos como carboidratos, proteínas e vitaminas não são mais expressões exclusivas do meio científico, ou seja, a visão bioquímica da nutrição faz parte do discurso popular, incluindo a população idosa (Sant'Anna, 2003).

Por fim, a última subcategoria “Prazer na alimentação” é representada por dois entrevistados que disseram priorizar o prazer no momento de se alimentar. Nesse sentido, os mesmos relataram escolher os alimentos que consomem pautados no seu prazer.

Aquilo que eu gosto de comer e aquilo que eu gosto de beber, eu faço tudo. (G5-PPCF5, M, 71 anos).

Para mim, alimentação saudável é o que eu gosto de comer. Eu gosto de comer carne de boi, eu gosto de comer churrasco, eu gosto de comer batata, macarronada eu adoro, então alimentação saudável é aquilo que eu gosto de comer apesar de eu saber que muitas das coisas fazem mal. Carne gordurosa, um peito de boi, muito gorduroso mas eu adoro. Mas para mim é o que eu gosto de comer que é uma alimentação saudável (G5-PPCF6, M, 61 anos).

Para esses dois entrevistados, o consumo de frutas, verduras e legumes não apareceu em suas falas. O prazer apareceu como o principal fator mediador na escolha dos alimentos. Na fala do entrevistado G5-PPCF6, é possível perceber que o prazer entra, inclusive, como mais importante do que a saúde, uma vez que, na visão do entrevistado, os alimentos consumidos por ele podem fazer mal à saúde. Assim, a alimentação saudável, deixa de ser aquela que traz benefícios ao corpo e passa ser aquela que traz a sensação de felicidade. Nessa perspectiva, o prazer em se alimentar, muitas vezes é deixado em segundo plano nas recomendações nutricionais atuais. Esse fato distancia o indivíduo de uma alimentação que atenda tanto às necessidades nutricionais quanto à sua realidade de vida, uma vez que o prazer é um dos sentidos que o idoso atribui à uma alimentação saudável, como demonstrado nas falas. Assim, para Alvarenga e Koritar (2016), o comer envolve sinais de fome, saciedade e prazer. Santos (2008) também relata que o ato de comer reúne diversas pluralidades. Dessa forma, o comer e a comida podem ser fontes de prazer, preocupações, refúgio, conforto, saúde, doenças, dentre outros, resultando em múltiplos paradoxos.

Assim, na presente categoria, evidenciou-se através das falas dos entrevistados que os mesmos necessitam de orientações para otimizar sua alimentação de acordo com as necessidades decorrentes dessa etapa da vida. Os idosos que relataram consumir verduras, legumes e frutas como base na alimentação precisam receber orientações que valorizem os hábitos já adotados, principalmente aqueles que fazem parte da sua história de vida. Já aqueles idosos, que vincularam a alimentação saudável à substituição de alguns alimentos, necessitam de orientações adequadas e corretas sobre os produtos consumidos. E, por fim, aqueles que associaram a alimentação ao prazer de comer, também precisam ser respeitados e ouvidos.

Nessa perspectiva, é importante que os profissionais de saúde considerem essas particularidades na elaboração de suas condutas nutricionais, levando em conta não só os aspectos bioquímicos mas, também, os aspectos culturais, sociais e psicológicos envolvidos no comportamento alimentar dessa população. A escuta é um fator importante para que se consiga

identificar os sentidos que os idosos atribuem a alimentação e os motivos que levam os mesmo a adotarem determinados hábitos. Tendo esses fatores identificados será possível elaborar condutas alimentares mais próximas das necessidades desses indivíduos e com uma maior probabilidade de aderência por parte dos mesmos.

4.2.2.2. Alimentação saudável baseada na moderação e disciplina

Nesta categoria os entrevistados também relataram considerar ter uma alimentação saudável. No entanto, essa alimentação se demonstrou baseada na visão de risco à saúde e regras. Para compreender melhor os aspectos gerais da alimentação desses participantes, esta categoria foi organizada em três subcategorias, que são: “Manutenção da saúde”, “Foco nos aspectos sanitários”, “Foco na moderação” e nas regras”. A Figura 7 traz a esquematização de como a primeira categoria foi organizada.

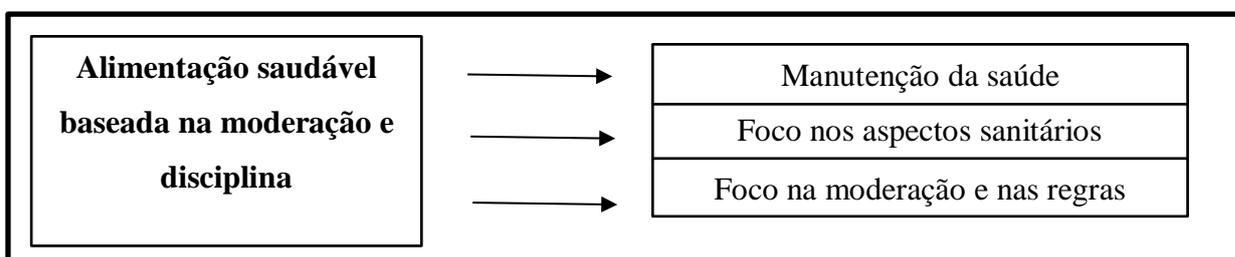


Figura 7. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram se alimentar evitando riscos e seguindo regras.

Fonte: A autora (2019).

A primeira subcategoria “Manutenção da saúde” reuniu aqueles idosos que disseram manter uma alimentação que não causasse danos ao organismo, como pode ser visto a seguir:

Por exemplo, eu não sentir gases, porque tem algumas coisas que dá gases na gente... Eu sentir mais forte, eu não ficar com a pressão alta, não ter pressão alta, eu luto para não ser hipertensa porque minha família é... meu pai morreu de AVC e um irmão. Então para mim é tudo isso, tudo isso... procuro o alimento que seja mais forte, com pouco sal, mas que não vai me prejudicar, que não devo... né?! (G1-MPAC2, F, 68 anos).

No meu entendimento, são aqueles alimentos que não comprometem o organismo, gordura, fritura, eu não sou muito. O que eu gosto muito é de uma carne mal passada, mas nem isso eu tenho feito não. Então evitar gordura, fritura... (G2-MPCF6, M, 73 anos).

Na visão desses idosos, uma alimentação saudável é aquela que não causa danos ao organismo. Nessa perspectiva, os entrevistados escolhem aqueles alimentos, de acordo a sua própria observação, excluindo aqueles associados a sensações desagradáveis como os “gazes” e o surgimento das doenças crônicas. Dessa forma, eles relatam evitar gordura, fritura e sal, como pode ser observado. Assim, esses idosos não citaram o que comem, mas aquilo que não comem, tendo uma alimentação baseada na visão de risco alimentar como aponta Santos (2008).

Nesse mesmo seguimento, na subcategoria “Foco nos aspectos sanitários”, procurou-se reunir os idosos que relacionaram sua alimentação a uma comida livre de riscos microbiológicos e bioquímicos, como pode ser visto a seguir:

Aahhh, uma boa alimentação, uma boa verdura, você escolher bem, fazer bem, lavar bem. Cuidar bem, porque hoje é difícil né, no meu tempo, não era tão poluído, tudo era esterco mais natural, da roça, né?! Então, eu fui criada assim! Continuo mantendo! Sempre o melhor, dentro do possível, né?! escolhendo sempre as coisas melhores, e alimentação normal (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Qualquer coisa para mim é boa alimentação. Foi feito com capricho uma coisa limpa, bem feita... (G6-PPCMS3, M, 90 anos).

Mais uma vez, a alimentação desses entrevistados é baseada na visão de risco. Para Santos (2008), a visão de risco conduz nossas ações relacionadas às escolhas alimentares. Assim, no campo da alimentação, o adoecer se tornou um cálculo inadequado de riscos e de ações que interferem nesses riscos. Dessa forma, ampliou-se a responsabilização do indivíduo e a ansiedade relacionada à escolha dos alimentos (Santos, 2008).

Desse modo, na terceira subcategoria identificada, “Foco na moderação e nas regras”, os entrevistados relataram procurar a moderação na sua alimentação:

Uma alimentação que não contenha muito sal, muito tempero, bastante gordura... Muita massa muita coisa, eu nem me sinto bem com isso, e

não tenho hábito de me alimentar com essa forma não. Às vezes eu mesmo faço, porque eu sei o que eu preciso, então eu vou lá e faço nos padrões que eu acho que está de acordo. Um pouquinho de tempero, tem que sentir tempero, mas brando. Agora esse negócio, ah você não pode comer torresmo, posso! Não posso comer um prato de torresmo, ou torresmo todo dia, mas esporadicamente você pode fazer de tudo, dentro dos limites. Porque a gente vive daquilo que alimenta também né, então tem que saber alimentar para saber viver (G2-MPCF1, M, 76 anos).

Alimentar na hora certa inclusive esse médico falava para eu comer de três em três horas. Eu comecei a fazer depois relaxei e não fiz mais tem mais de 20 anos que eu não sei o que é jantar eu só almoço e à noite eu só tomo café com pão (G2-MPCF2, M, 63 anos).

Procura evitar excessos de gordura de fritura, embora eu gosto muito de carne de porco eu procuro evitar no dia a dia. Vegetais... gosto de carne, mas não como em excesso. Gosto muito de arroz, angu, mas tem procurado reduzir (G3-MPCM4, F, 64 anos).

[...] a alimentação que eu procuro é assim, de três em três horas (G3-MPCMS6, F, 74 anos).

Comer dentro da nutrição né, procurar não comer muito açúcar, gordura, ah... é comer comida do dia-a-dia, mas normal, não é muito exagerado e comer demais também não é bom (risos) menos também não (G5-PPCFS1, M 60 anos).

Não comer mais de 80% da sua fome, não viver tomando bebidas alcoólicas, não comer gordura, que eu já não como, só carne eu não sou chegado a verdura isso eu não como não. Origens foram todas em lugar seco então não tinha verdura (G5-PPCFS2, M, 80 anos).

Para Santos (2008), a noção de moderação ficou em evidência nos séculos XIX e XX, e faz parte de temáticas relacionadas à dieta, saúde e magreza. Paulatinamente, no decorrer do tempo, a moderação foi sendo cada vez mais associada à visão de saúde. Nessa perspectiva, a disciplina alimentar também ganhou espaço. Assim, nas falas de alguns desses entrevistados também foi possível observar expressões como “alimentar na hora certa”, “comida certa” e “comer de três em três horas”. Santos (2008) diz que a disciplina e o autocontrole são vistos

como um modo de reconstruir o gosto alimentar. Nesse sentido, as práticas alimentares são entendidas como práticas culturalmente construídas, ou seja, o indivíduo aprende a comer de acordo com sua cultura e o meio onde ele vive. Assim, a ideia de regras alimentares faz parte de um ideal onde as recomendações refletem temáticas científico-nutricionais, no qual indivíduos se sentem na obrigação de seguirem um certo modo de se alimentar permanentemente, uma vez que esse modo de comer é colocado como solução para os problemas de saúde (Klotz-Silva, Prado, & Seixas, 2009).

Mais uma vez, as falas identificadas nesta categoria remetem à necessidade de reflexão sobre as condutas nutricionais atuais. Tal reflexão deve ter como objetivo preservar hábitos que sejam benéficos à saúde do indivíduo idoso. No entanto, é preciso incentivar práticas que eduquem essa população para que a mesma desenvolva autonomia para realizar suas escolhas alimentares. Assim, a preservação das memórias alimentares, resgatando as tradições e as preferências pode ser um meio de valorizar os conhecimentos alimentares dos indivíduos idosos ao mesmo tempo que se oferece para esse indivíduo uma forma mais sadia de se alimentar. Nesse sentido, é importante dizer que a alimentação não deve ser pautada somente no biológico, mas também deve ser um meio de se preservar a cultura e o prazer, garantindo que os idosos se sintam à vontade e preservem por mais tempo o seu interesse pela alimentação.

4.2.2.3. Alimentação não saudável

Nesta categoria, foram identificados idosos que declararam não ter uma alimentação saudável por diversos motivos. Para melhor compreensão, as falas foram organizadas dentro de duas subcategorias, a saber: “Problemas financeiros” e “Dificuldade em comer alimentos saudáveis”. A Figura 8, traz a organização da presente categoria:

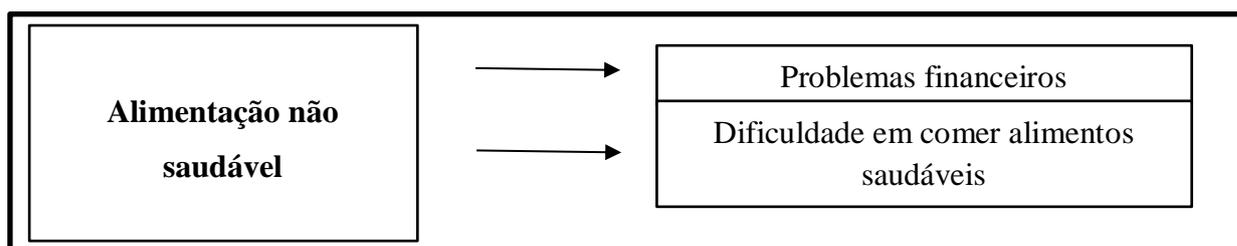


Figura 8. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram não se alimentar de forma saudável.

Fonte: A autora (2019).

Na primeira subcategoria encontrada, “Problemas financeiros”, três idosos relataram dificuldades financeiras para manter uma alimentação saudável, como pode ser visto a seguir:

Uma alimentação saudável é muito legumes, verduras, menos carne. Carne que a gente come muito né? Não me alimento bem porque a gente não segue 100% exatamente, se torna cara, ela se torna cara alimentação saudável... (G4-PPAC2, M, 68 anos).

Fruta, eu sou doida para poder ter condições de ter fruta em casa. Gosto muito de banana prata, tem umas frutas diferentes que também ajudam muito, como uva. Nossa alimentação não é razoável, é fraca. Mas é o que a gente pode. É raro ter frutas, muito difícil. Às vezes a gente vai no mercado e eles doam uma banana, uma laranja, maçã (G5-PPCF3, F, 63 anos).

Se a gente tivesse tudo controlado dentro de casa em termo de pagar as contas... Eu tenho três contas de luz atrasadas aqui em casa, avaliar o que vai pagar. Leite, suco tem que tomar todo dia (G5-PPCF3, F, 63 anos).

Porque não dá pra comer bem, não tenho grana! Eu ganho um salário mínimo, estou pagando prestação do material da casa, todo mês sai descontado do meu salário (G5-PPCF4, M, 68 anos).

Viebig, Pastor-Valero, Scazufca e Menezes (2009) relataram que o consumo de frutas e hortaliças é, em parte, determinado pelas condições socioeconômicas da população. Santos e Ribeiro (2011) acrescentam que devido ao baixo valor da aposentadoria e gastos com medicamentos, apenas uma pequena parcela do orçamento dos idosos é destinado à alimentação. Esses autores ainda chamam a atenção para o fato de que, uma vez que as condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam diretamente na alimentação dessa população, o fortalecimento e criação de novas políticas públicas que garantem a segurança alimentar desse público são de extrema necessidade.

Nessa perspectiva, na segunda subcategoria “Dificuldade em comer alimentos saudáveis”, apesar de os entrevistados não terem relatado dificuldades financeiras, declararam ter dificuldade de aderir a uma boa alimentação.

Uma alimentação saudável é comer verduras, legumes, frutas, coisas assim... evitar refrigerante, evitar bebidas, é o que eu penso... Não sou muito assim de comer fruta não gosto, não tenho o hábito, eu como fora também, a gente come fora e põe um pouquinho de cada coisa eu raramente faço comida, porque sozinha, não tem vontade de fazer, isso ajuda também, você faz uma comida hoje, logo tem que comer e amanhã tem que comer de novo né, então eu como fora... (G2-MPCF4, F, 74 anos).

Uma alimentação saudável é a gente comer verdura, um ovo cozido e arroz. Olha tem dia que eu não alimento não, porque tem dia que eu não tenho fome e eu me sinto cheia sabe, eu fico empanzinada, mesmo alimento, mas eu me sinto cheia (G6-PPCM1, F 64 anos).

Olha, tem muita verdura que eu não como porque eu não gosto por exemplo, limão é ótimo para saúde, aqui em casa tem muito limão, mas eu não chupo, eu não como verdura porque eu não gosto, carne não sou chegada na carne, sinceramente a minha alimentação faço esforço. Tem muita coisa de uma alimentação saudável que eu não gosto (G6-PPCM2, F, 60 anos).

A entrevistada G2-MPCFS4 relatou que, devido ao o fato de morar sozinha e precisar cozinhar apenas para ela, existe a dificuldade da aderência à alimentação equilibrada. Para ela, o hábito de comer fora contribui para os hábitos adotados. Para Cavalcante, Carvalho, Ferreira e Prado (2015), fatores biológicos, psicológicos e sociais, como a aposentadoria, saída dos filhos de casa e viuvez, dentre outros, podem afetar diretamente as práticas alimentares dessa população. Assim, o fato de o indivíduo morar sozinho pode afetar o modo com que esse indivíduo se alimenta.

Já a participante G6-PPCM2 relatou não gostar de consumir alimentos considerados saudáveis pela mesma. Essa dificuldade pode ser explicada pelos hábitos que não foram adquiridos ao decorrer da sua vida. Além disso, na velhice, o indivíduo sofre alterações sensoriais, fazendo com que o seu paladar se torne menos sensível, isso faz com que esses indivíduos precisem de mais estímulos gustativos do que as pessoas mais jovens, influenciando na alimentação (Neumann, Schauren, & Adami, 2016).

Nesse seguimento, a entrevistada G6-PPCM4 declara que, devido aos hábitos adotados durante a vida, possui dificuldade de mudar sua rotina e se adequar a recomendações nutricionais atuais.

[...] por exemplo, frutas e legumes, isso eu aprendi com nutricionista tá, são cinco porções por dia joga do dia. Procurar alimentos diferenciados e legumes e folhas também, eu não fico sem geralmente duas folhas por dia e o consumo. E aquele lance né brasileiro é muito a base do arroz feijão, eu não consigo largar o arroz feijão, sei que é errado comer arroz batata arroz e macarrão, mas eu não consigo tirar. São os hábitos de 63 anos é difícil você mudar a rotina. Por exemplo, café da manhã eu não consigo abrir mão do pão, tapioca não é a mesma coisa que pão. Com fome, uma fruta não me satisfaz. O que me satisfaz é o arroz, o pão, esse tipo de alimento que não é saudável (G6-PPCM4, F, 63 anos).

É possível observar na fala da participante que, na visão da mesma, não é possível ter uma alimentação saudável mantendo o consumo de alimentos que foram incluídos na sua rotina alimentar durante a vida. Esse fato está relacionado a uma ideia dicotômica sobre a alimentação geralmente sustentada pela ideia de dieta restritiva. De acordo com essa perspectiva, os alimentos são classificados como bons ou ruins, desse modo, em uma alimentação saudável não tem espaço para alimentos considerados deletérios para a saúde (Menezes et al., 2010). É importante ressaltar a dificuldade demonstrada pela entrevistada de se adequar ao ideal nutricional proposto pela profissional de saúde citada na fala. Sfez (1996) relata a ideia da existência de uma dieta quimicamente perfeita que pode levar o indivíduo a ter uma saúde perfeita. Assim, esse modo de ver a alimentação se assemelha a uma medicalização do comer fazendo com que, muitas vezes, as características sociais e culturais da alimentação sejam vistas como obstáculos tanto por aqueles que procuram hábitos mais saudáveis quanto pelos especialistas. Lupton (1996), nessa mesma perspectiva, diz que os hábitos e preferências se tornam secundários, uma vez que, muitas vezes, a escolha dos tipos de alimentos que devem ser consumidos é dada, principalmente, por sua capacidade de nutrir biologicamente o corpo.

Com um ponto de vista similar, o participante G6-PPCM6 relata não ter o objetivo de ter uma alimentação saudável, visto que o considera um ideal muito difícil de se alcançar:

Isso é muito relativo, se for comer uma cenoura, cenoura saudável, mas cenoura usa agrotóxico que vai te causar câncer no intestino. Leite é saudável, tem que tomar leite todo dia, mas leite é processado, que não sei o quê, vem com um monte de substâncias químicas que vai te causar câncer no estômago. Então alimentação saudável é uma coisa muito relativa. Para mim alimentação saudável, é você morar numa fazenda, tomar o leite que você tira da vaca, que você mesmo alimenta com aí sim é uma alimentação saudável, fora isso tudo é balela. Não tenho obstáculo para uma alimentação saudável, se eu não considero alimentação do dia a dia das pessoas saudável então não há obstáculo. Não tenho uma meta, ter um obstáculo você precisa ter uma meta, se eu não tenho essa meta, não existe obstáculo (G6-PPCMS6, M, 60 anos).

Para Viana, Neves, Camargo Júnior, Prado e Mendonça (2017), existe uma certa racionalidade associada ao ato de comer. Essa racionalidade tem a ver com o crescente número de informações acerca da alimentação. Assim, a grande oferta de industrializados, a complexidade dos rótulos, as políticas públicas que consideram a alimentação um dos meios de promoção da qualidade de vida, a inovação e criação de sistemas alimentares cada vez mais sofisticados, dentre outros fatores, levam a uma concepção racional da nutrição. Essa concepção leva à ideia de que comer bem é comer de acordo com as concepções científicas, sem levar em consideração outras particularidades relacionadas ao indivíduo e ao alimento.

Por meio das entrevistas, foi possível perceber que muitos dos idosos se encontravam inteirados a respeito de temas atuais relacionados à alimentação. No entanto, apesar de muitos deles terem demonstrado se esforçar para ter uma alimentação promotora de saúde, é possível notar uma deficiência na capacidade de enxergar a alimentação como algo muito mais complexo do que apenas nutrir o corpo. Assim, é necessário o desenvolvimento de meios de dialogar sobre a alimentação saudável com essa população, de forma a garantir a autonomia, o acesso e a capacidade de se alimentar de modo socialmente, culturalmente, psicologicamente e biologicamente saudável.

4.2.3. Exercícios físicos

Neste componente, perguntou-se aos participantes se eles praticavam algum exercício, qual modalidade, com que frequência e se sentiam benefícios com a prática das atividades. Para aqueles que declararam não praticar nenhum exercício, questionou-se os motivos e dificuldades encontradas para aderir à prática. Nessa perspectiva, este componente será descrito através de três categorias, a saber: “Prática de exercícios físicos”, “Percepção dos benefícios da prática de exercícios físicos” e “Dificuldade para praticar exercícios físicos”.

Na primeira categoria, procurou-se identificar, dentre aqueles idosos que se declararam ativos, as modalidades praticadas por eles, a frequência semanal e quando esses indivíduos começaram a praticar exercícios. A segunda categoria, reuniu falas daqueles idosos que declararam sentir benefícios com a prática dos exercícios. Já na última categoria apresentada, identificou-se as dificuldades para praticar exercícios relatadas pelos idosos não ativos. A Figura 9, apresenta o resumo das categorias identificadas neste componente:

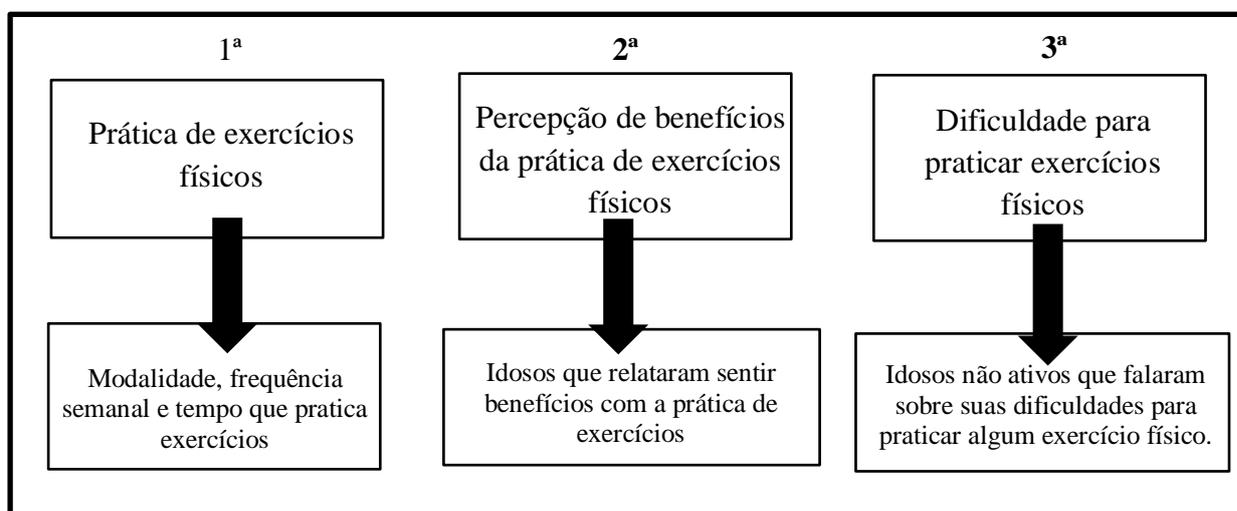


Figura 9. Categorias identificadas no componente de exercícios físicos.

Fonte: A autora (2019).

Em relação à disposição dos entrevistados em cada uma das categorias, notou-se que 19 dos 32 entrevistados se declararam fisicamente ativos. Dentre os participantes ativos, todos declararam sentir benefícios com a prática de exercícios físicos. Assim, esses 19 participantes estão tanto na primeira quanto na segunda categoria. No que diz respeito aos grupos relacionados às pontuações do SF-36, dentre os 16 idosos com as maiores pontuações, 13 se declararam ativos (todos os idosos do grupo G1 e G3 e metade do grupo G2). Já dentre os 16

com as menores pontuações, apenas seis eram ativos (dois idosos do grupo G4, um idoso do G5 e três do G6).

Nesse seguimento, a última categoria “Relataram dificuldade para praticar exercícios físicos” foi composta por 13 idosos que, por diversas dificuldades, relataram não ser ativos. Destes 13, apenas três são idosos que obtiveram as melhores pontuações no SF-36, todos pertencentes ao G2. Os outros 10 idosos inativos fisicamente são indivíduos que obtiveram as menores pontuações onde, dois pertencem ao G4, cinco ao G5 e três ao G6. O Quadro 9 traz a disposição dos participantes em cada uma das categorias identificadas:

Quadro 9. Disposição dos entrevistados dentre as categorias de exercício físico.

Exercícios físicos						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Prática de exercícios físicos	MPAC1 MPAC2 MPAC3 MPAC4	MPCF1 MPCF3 MPCF4	MPCM1 MPCM2 MPCM3 MPCM4 MPCM5 MPCM6	PPAC1 PPAC4	PPCF2	PPCM2 PPCM4 PPCM5
Percepção dos benefícios da prática de exercícios	MPAC1 MPAC2 MPAC3 MPAC4	MPCF1 MPCF3 MPCF4	MPCM1 MPCM2 MPCM3 MPCM4 MPCM5 MPCM6	PPAC1 PPAC4		PPCM2 PPCM4 PPCM5
Dificuldades para praticar exercícios		MPCF2 MPCF5 MPCF6		PPAC2 PPAC3	PPCF1 PPCF3 PPCF4 PPCF5 PPCF6	PPCM1 PPCM3 PPCM6

Legenda: Negrito - Participantes que foram identificados em duas categorias ao mesmo tempo.
Fonte: A autora (2019).

Como pode ser visto na tabela acima, os participantes com as maiores pontuações de qualidade de vida foram os que mais se declararam ativos. Todos os idosos ativos declararam sentir benefícios com a prática de exercícios. Por outro lado mais da metade dos idosos com pontuações mais baixas eram inativos fisicamente. Assim como no fator nutricional, neste componente, os idosos pertencentes aos grupos de piores pontuações de qualidade de vida

também declararam dificuldade para aderir à prática de exercícios. Vale ressaltar, que essa inatividade física pode se relacionar com outros fatores que também afetam à qualidade de vida, como, por exemplo, os prejuízos causados à capacidade funcional devido à aquisição de doenças ou avanços da idade. Dessa forma, esses achados também corroboram com estudos que relatam a influência da prática de exercícios na qualidade de vida (Atkins et al., 2017; Freitas et al., 2014; Pan et al., 2017), assim como os resultados da Etapa 1, onde idosos fisicamente ativos obtiveram melhores médias na avaliação desse construto. A seguir, será discutido cada uma das categorias identificadas no componente de exercícios físicos.

4.2.3.1. Prática de exercícios físicos

Nesta categoria foram identificadas, dentro da fala dos participantes, as modalidades praticadas por aqueles que se declararam fisicamente ativos. Buscou-se também saber qual frequência da prática e quando esses idosos iniciaram algum tipo de exercício físico, não necessariamente as mesmas modalidades que declararam praticar no momento da entrevista. O Quadro 10, a seguir, descreve essa informações:

Quadro 10. Modalidades de exercícios praticados pelos idosos entrevistados.

Participante	Modalidade	Frequência semanal	Tempo da prática
G1-MPAC1, M, 69 anos	Caminhada	7	Mais de 30 anos
G1-MPAC2, F, 68 anos	Pilates e biodança	3	20 anos
G1-MPAC3, F, 68 anos	Pilates e dança	3	10 anos
G1-MPAC4, F, 71 anos	Ginastica e caminhada	5	4 anos
G2-MPCFS1, M, 76 anos	Ginástica e musculação	6	6 meses mas foi atleta no exercício
G2-MPCF3, F, 67 anos	Caminhada e dança	7	10 anos
G2-MPCFS4, F, 74 anos	Ginástica	3	30 anos
G3- MPCM1, F, 79 anos	Pilates e dança	4	Alguns meses
G3- MPCM2, F, 60 anos	Musculação, biodança, alongamento	4	Alguns anos, iniciou após a aposentadoria
G3- MPCM3, F, 64 anos	Dança, zumba, pilates	4	8 meses
G3- MPCM4, F, 64 anos	Ginástica	3	4 anos
G3- MPCM5, F, 74 anos	Musculação e biodança	5	3 anos
G3- MPCM6, F, 74 anos	Caminhada, corrida, pilates e dança	7	Mais de 20 anos
G4-PPAC1, F, 80 anos	Ginastica, biodança	3	2 anos
G4-PPAC4, M, 67 anos	Ginastica	2	1 ano
G5-PPCF2, M, 80 anos	Ginastica	3	7 meses mas foi atleta do exercito
G6-PPCM2, F, 60 anos	Caminhada	5	5 anos
G6-PPCM4, F, 63 anos	Pilates, musculação, dança	5	1 ano
G6-PPCM5, M, 60 anos	Esteira e bicicleta em casa	2	3 anos

Fonte: A autora (2019).

Diante das informações que foram expostas no quadro acima, é possível notar que dentre os 19 idosos ativos, foram identificadas 11 modalidades de exercícios. As atividades mais citadas pelos entrevistados foram dança ou biodança (dez entrevistadas), ginástica (sete entrevistados) e pilates (seis entrevistados). Percebe-se a preferência dos entrevistados por modalidades praticadas em grupos, uma vez que, apenas dois participantes relataram praticar

somente caminhada (G1-MPAC1 e G6-PPCM2) e apenas um declarou realizar exercícios em casa (G6-PPCM5), os demais entrevistados, que praticavam outras modalidades não grupais como a musculação (quatro entrevistados), também praticavam outros tipos de modalidades, dentre elas as realizadas em grupos.

Nesse seguimento, a prática de mais de uma modalidade foi recorrente, principalmente entre aqueles idosos com as melhores pontuações na percepção de qualidade de vida. É importante ressaltar que todos que declararam praticar dança eram mulheres e praticavam outras modalidades além da dança. Para Matter et al. (2011), na velhice, principalmente, a prática de exercícios auxilia a manutenção de habilidades e o condicionamento físico, bem como atua na sociabilização. Desse modo, os exercícios que são executados em grupo possibilitam que esses idosos convivam com outras pessoas. Ademais, esse tipo de atividade é uma oportunidade não só de interação, mas também de conquista de novas amizades, desenvolvimento de novos talentos, de movimentação do corpo e da mente, prevenindo uma vida solitária e contribuindo positivamente tanto para a saúde física quando para o bem estar psicológico dessas pessoas.

Em relação à frequência semanal, a maioria dos participantes declararam praticar exercícios três vezes por semana ou mais (17 entrevistados). Assim, nota-se que apenas dois participantes tinham uma frequência de duas vezes semanais, ambos nos grupos que representam as menores pontuações de percepção da qualidade de vida (G4-PPAC4 e G6-PPCM5), os demais relataram ter uma frequência acima de três vezes semanais. Para Moraes et al. (2012), apesar da frequência semanal mínima de exercícios indicada ser de três sessões, é possível observar benefícios mesmo com frequências de duas vezes semanais, como por exemplo, a redução da pressão sistólica e diastólica e a melhora da capacidade funcional. Assim, nessa população, a capacidade de aderência ao exercício se torna mais importante do que a frequência, para que o indivíduo realmente se beneficie dos efeitos do treinamento.

Nessa perspectiva, procurou-se identificar também o momento em que os entrevistados iniciaram a prática de exercícios. Assim, notou-se que a maioria relatou ter iniciado a prática já na velhice ou próximo a essa etapa, sendo que nove disseram ter iniciado a prática há menos de nove anos e quatro há menos de um ano. Vale ressaltar que dois entrevistados (G2-MPCF1 e G5-PPCF2), apesar de declararem ter iniciado recentemente o exercício, informaram ter praticado esportes na juventude, durante sua passagem no exército. Outra participante (G3-MPCM2) citou a aposentadoria como um marco para o início da prática. Além disso, seis entrevistados disseram ter iniciado a prática há 10 ou mais. No entanto

percebe-se que 12 dos participantes, apesar de alguns terem mais de cinco anos de prática, também iniciaram após os 60 anos.

Desse modo, demonstra-se que a prática de exercícios na velhice pode ser usada como um meio de manter a vida do idoso ativa. Nesse sentido, López-Benavente et al., (2018) relata que, além da aposentadoria, diversos outros eventos podem influenciar o início da prática de exercícios na velhice, como a viuvez, a independência dos filhos, o desejo de manutenção da saúde e a disponibilidade de tempo. Além disso, essa relação com o exercício também permite tomar controle de suas vidas, sendo mais livres e felizes nessa etapa da vida. Alguns desses fatores podem ser observados na fala da entrevistada G1-MPAC4, de 71 anos, que relatou ter iniciado a prática há quatro anos:

[...] tinha sempre muita vontade de fazer exercício físico, gostava, mas eu nunca podia, não tinha oportunidade, tempo, sempre cuidando da família. Meus pais, alguns anos já que eu perdi, eu que cuidava também, eu sou a filha mais velha de quatro filhos, então acho que todos saíram mais cedo e eu fiquei cuidando deles, eu fui a última a sair me casar e construir minha família, era então envolvida com isso... depois me casei e fui morar em São Paulo, fiquei muito tempo lá, minhas filhas nasceram lá, eu sempre sozinha, sem nenhuma família por perto para cuidar de filho, ajudar né?! No momento que você precisa fazer alguma coisa, sempre com o meu marido, sempre me acompanhando em todas as necessidades, assim de médico, de tudo, sempre.... ele foi meu amigo e companheiro mesmo, mas e depois a minha filha casou veio a neta, mais compromisso né?! aí ela trabalhava e eu fiquei aqui com ela desde bebê, cuidei dela 7 anos. Aí depois desses 7 anos... agora chegou minha vez, né?! Vou cuidar de mim agora! (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Na fala acima, nota-se que a entrevistada, ao utilizar a expressão “agora chegou minha vez, né?! Vou cuidar de mim agora!”, se refere ao marco da sua vida para o início da prática de exercícios. Uma vez que a mesma dedicou a sua vida a cuidar da família, quando todos se tornaram independentes houve a opção de realizar outros tipos de atividade, tendo como objetivo cuidar de si mesma.

Visto o que foi discutido nesta categoria, nota-se que poucos idosos iniciaram a prática de exercícios físicos ainda na juventude, ou seja, apenas três participantes (G1-MPAC1, G1-

MPAC2, G2-MPCFS4) iniciaram a prática antes dos 50 anos. Assim, visto que a prática de exercícios durante a vida, também pode influenciar nos aspectos de saúde na velhice, é importante se atentar à necessidade de estratégias de incentivo à prática de exercícios físicos durante todas as etapas da vida dos indivíduos.

4.2.3.2. Percepção dos benefícios da prática de exercícios

Nesta categoria, identificou-se os benefícios da prática de exercícios físicos observados pelos idosos ativos. Para compreender melhor essa categoria, os benefícios citados foram organizados em duas subcategorias: “Melhora física” e “Melhora psicológica”. A Figura 10 a seguir, traz o esquema que demonstra a organização da presente categoria.

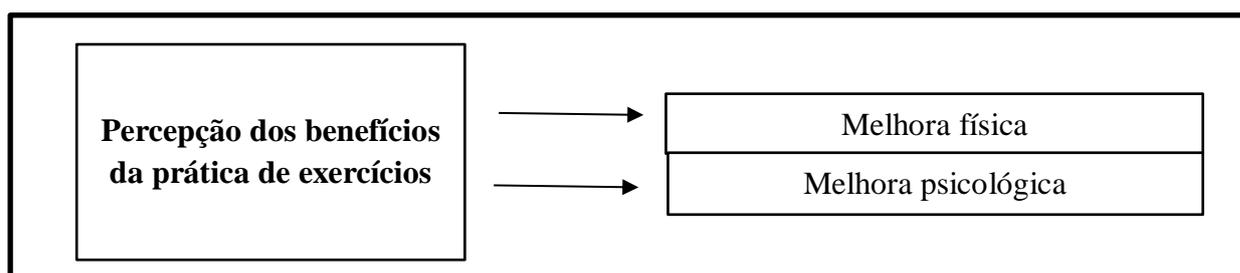


Figura 10. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram benefícios com a prática de exercícios.

Fonte: A autora (2019).

Na subcategoria “melhora física”, a melhor disposição foi identificada na fala de seis participantes. Esses idosos relataram que a prática de exercícios lhe confere um maior ânimo. Além disso, de acordo com a percepção desses idosos, ocorre redução da disposição quando não é possível realizar o treinamento. Esses fatores podem ser observados nas falas a seguir:

Quando eu não pratico nada, por alguma razão, se está chovendo, ou não posso sair, sinto a diferença. O exercício me proporciona bem-estar mesmo, a disposição... (G2-MPCF3, F, 67 anos).

Eu acho bom, eu sinto mais firmeza, vontade de sair de movimentar, não fico mais prostrada, tão parada (G3-MPCM3, F, 64 anos).

Eu fico mais disposta, quando fico na roça sinto muita falta. Essa semana por exemplo estou toda dolorida porque me faz falta (G3-MPCF4, F, 64 anos).

Claro, porque na hora que eu chego eu já estou mais animada para trabalhar, o pessoal tá tudo reclamando de dor no joelho eu ainda não tenho esses problemas, não sinto dor nas pernas, é ótimo, é bom demais! (G6-PPCM2, F, 60 anos).

Ah com certeza, até sair de casa é difícil, mas depois que você sai faz exercício chega em casa toma um banho, parece que um dia fica até maior sua disposição é outra. E se eu fico sem fazer eu sinto falta. (G6-PPCM4, F, 63 anos).

Pozena e Cunha (2009) relatam que a prática de exercícios físicos pode atuar melhorando a disposição dos indivíduos para o lazer e a execução de outras atividades. Além disso, ela também pode ser responsável pela melhora dos quadros de dores. Esse fator, por sua vez, também foi verificado na fala de alguns entrevistados, como pode ser visto a seguir:

Melhora dores de coluna, dores de algumas coisas que eu sentia e não melhorava e praticamente eu não sinto mais (G1-MPAC3, F, 68 anos). Com certeza, eu tinha algumas dores e as dores desapareceram. Sentia muita dor no ombro, por causa de exercícios repetitivos de casa, e há muito tempo que eu não tenho mais dores (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Vejo benefícios em matéria do meu joelho, melhorei, eu já tive muita crise, já senti muita dor nesse joelho e depois que eu comecei a fazer exercício aqui eu melhorei 50%, porque ainda dói, eu tenho artrose no joelho, mas não deu crise mais não (G4-PPAC4, M, 67 anos).

Tem, benefícios respiratórios, nas dores nas pernas, força nos meus braços estão normais, dirijo... (G5-PPCF2, M, 80 anos).

Nas falas apresentadas, nota-se que os participantes conseguiram perceber uma evidente redução das dores desde o momento que iniciaram a prática de exercícios. Para Nijs, Kosek, Oosterwijck e Meeus (2012), a prática de exercícios físicos pode ser um tratamento eficaz para a dor crônica. Nesse sentido, é normal o indivíduo sentir melhoras em vários distúrbios musculoesqueléticos, principalmente aqueles comuns na população idosa. Assim, o exercício pode

reduzir dores nas costas, melhorar a osteoartrite, fibromialgia, artrite reumatoide, dentre outros (Nijs et al., 2012).

Vale ressaltar que alguns entrevistados perceberam também uma melhora nos aspectos gerais de sua saúde, como visto nas falas a seguir:

[...] Inclusive, em determinado tempo tenho a rotina de fazer aquela visita médica, e às vezes eu distraía de tomar o remédio de manhã, e eu ia ao médico a pressão estava alta, da última vez, depois de iniciar os exercícios, eu fui eu e não tomei o remédio de propósito, e a pressão estava melhor (G2-MPCFS1, M, 76 anos).

Eu sinto mobilidade do meu corpo, eu tinha um pouco de problema de equilíbrio, melhorei bastante, coluna eu melhorei muito, melhorei assim, de uma maneira geral, mas eu sempre faço, já tem mais de trinta anos que eu faço (G2-MPCFS4, F, 74 anos).

Ah, muito bom, a gente fica mais disposta, faz exames e não vê alteração, um benefício bom demais (G3-MPCMS2, F, 60 anos).

A partir da fala desses idosos, é possível observar que os mesmos atribuem a normalização da pressão arterial e de exames de rotina à prática de exercícios físicos. Sabe-se que a prática de exercícios em uma frequência de duas vezes por semana é responsável pela redução da pressão arterial (Moraes et al., 2012). Além disso, idosos ativos possuem uma melhora significativa das funções orgânicas e cognitivas, o que garante uma maior independência funcional. O exercício também pode atuar prevenindo e tratando diversas doenças crônicas como hipertensão, obesidades e diabetes, dentre outras (Oliveira, Oliveira, Arantes, & Alencar, 2010).

Por fim, a última subcategoria encontrada, “Melhora psicológica”, demonstrou que muitos idosos relatam influência significativa em seus aspectos emocionais, como visto nos trechos a seguir:

A biodança se tivesse todo dia eu fazia, porque ela mexe com a mente com...com... postura, com tudo, com tudo, com a alegria, e aquela mulherada alegre tudo rindo, nossa é maravilhoso (G1-MPAC2, F, 68 anos).

[...] olha, a gente fica mais leve mais solta com mais vontade de viver (G3-MPCM1, F, 79 anos)

Nossa, eu sinto uma alegria, uma euforia, ficar correndo é uma sensação tão boa, você tá de bem com a vida com aquele vento batendo no seu rosto, eu acho muito gostoso, é uma sensação maravilhosa, eu sinto falta, quando eu fiquei com a lesão, “gente, eu não posso ficar sem aquela coisa gostosa todos os dias”, sabe, parecia que eu estava me sufocando até, sem a atividade física, todos me dão essa sensação também, de alegria, de euforia (G3-MPCM6, F, 74 anos).

Através das falas dos participantes, observa-se que a prática de exercícios não atua somente melhorando os aspectos gerais da saúde ou a disposição mas, também, funciona na vida desses idosos como uma verdadeira fonte de felicidade. Em outras palavras, o benefício físico é considerado, assim como o bem-estar psicológico, a autonomia e a realização pessoal. Para Campos, Cordeiro, Rezende, Vargas e Ferreira (2014), a prática regular de exercícios está associada à ausência de depressão, à maior capacidade cognitiva e até mesmo à manutenção das boas relações familiares. Isso se deve ao fato de que idosos fisicamente ativos podem ter uma maior capacidade de adaptação, companheirismo, desenvolvimento pessoal, afetividade e capacidade resolutive. Sendo assim, além dos ganhos biológicos, a prática de exercícios pode fazer com que o indivíduo lide melhor com as adversidades comuns ao processo de envelhecimento (Campos et al., 2014).

Desse modo, nesta categoria, ficou evidente a percepção dos benefícios que a prática de exercícios físicos oferece para além do ponto de vista biológico. Os idosos ativos, por sua vez, estão cientes dos benefícios que esse tipo de prática tem em sua vida à medida que os ganhos são sentidos tanto em seu corpo quanto em sua rotina.

4.2.3.2. Dificuldades para praticar exercícios

Esta categoria reuniu aqueles idosos que relataram não praticar nenhum exercício. Nesse sentido, procurou-se identificar os motivos para a ausência da prática. Vistas as dificuldades apresentadas pelos entrevistados, esta categoria foi organizada em quatro subcategorias, a saber: “Falta de ânimo e disposição”, “Problemas de saúde”, “Não sentem

necessidade” e “Não tem acesso”. A Figura 11, esquematiza a organização da presente categoria.

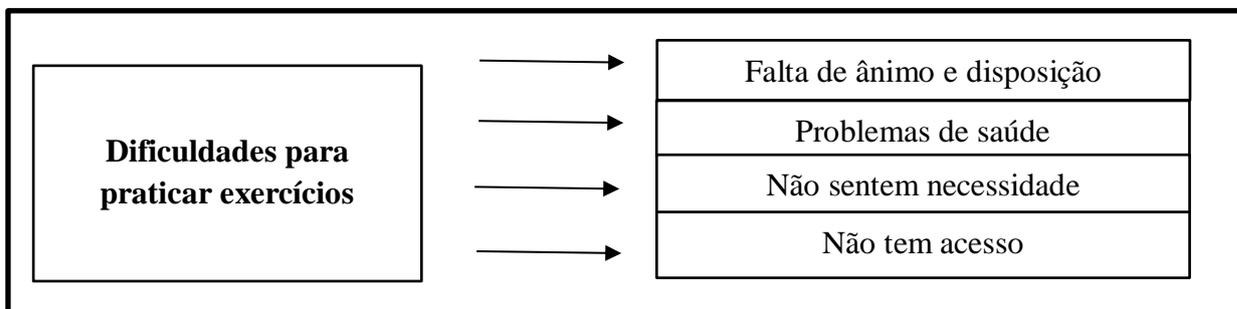


Figura 11. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram não praticar exercícios.

Fonte: A autora (2019).

Na primeira subcategoria, “Falta de ânimo e disposição”, os idosos relataram que a apatia era o principal motivo que os impedia de procurar a prática de exercícios, como pode ser visto abaixo.

O maior obstáculo para eu praticar algo é que eu não tenho vontade nem ânimo (G2-MPCFS2, M, 63 anos).

Atualmente, eu não quero fazer nada, eu só quero dormir. Eu não tenho aquela disposição, eu fico até preocupada, eu estava fazendo alguns exames de sangue né, minha imunidade está muito baixa, eu sou vaidosa, minha autoestima está baixa, estou toda desmazelada (G4-MPAC3, F, 60 anos).

Lá em casa tem uma academia de ginástica, eu pratiquei durante uns 4 anos eu parei, minha mulher continuou e eu parei. Eu não tenho ânimo para praticar e além disso sou relapso (G6-PPCM, M, 60 anos).

Na velhice, devido às modificações ocorridas no corpo, na vida social e nas dinâmicas familiares, alguns indivíduos têm dificuldade de se adaptarem à nova vida. Essa dificuldade de adaptação e de aceitação influenciam diretamente no estado de saúde mental dos idosos. Desse modo, o desânimo percebido por esses entrevistados, pode influenciar diretamente em sua capacidade de se envolver em atividades (Horta, Ferreira, & Zhao, 2010). Ferreira e Barham (2011) relatam que a chegada do envelhecimento traz ao indivíduo o desafio de descobrir como a velhice pode ser desfrutada. Nesse sentido, é possível verificar na literatura a maior incidência

de depressão em indivíduos com um baixo engajamento em atividades (Meeks, Looney, Van, Haitsma, Teri, 2008; Meeks, Young, & Looney, 2007; Searson, Hendry, Ramachandran, Burns, & Purandare, 2008). Desse modo, vale destacar que dois dos três participantes que relataram desânimo obtiveram baixas pontuações no CMS.

Além das questões psicológicas, as dificuldades funcionais, comuns na velhice também foram apontadas como responsáveis pela inatividade física. Esses aspectos marcaram a subcategoria de “Problemas de saúde”.

Ah... difícil falar... correr eu não aguento, em uma corrida fracturei uma vértebra, eu não aguento correr mais, as pernas não ajudam, dói muito as pernas, aí de vez em quando faço uma caminhada que tinha que fazer, mas outras atividades é meio difícil para mim (G5-PPCF1, M, 60 anos). Eu, eu tive um problema, artrose no joelho, aí eu fiz a cirurgia e tirei o menisco... e eu não posso caminhar, eu não aguento (G6-PPCM1, F, 64 anos).

O meu serviço sempre foi lidar com gado, enxada. Trabalhei até os 83 anos. Hoje só fico deitado, eu não consigo fazer nada, por causa do meu problema nas cartilagens. Hoje só não tenho dor porque tomei remédio (G6-PPCM3, M, 90 anos).

Eu gostaria de praticar exercício, mas capaz eu sentir muita dor nas pernas porque vai mexer com as pernas. Por isso que eu não pratico. Eu tenho medo de praticar e ficar com muita dor, que às vezes qualquer coisa que eu ando eu já fico com elas doendo demais (G5-PPCF3, F, 63 anos).

Na fala dos participantes acima, é possível observar a percepção de incapacidade para praticar exercícios. Além dessa própria percepção relacionada à sua capacidade física, também foram evidenciadas recomendações médicas ou divergências entre recomendações médicas que funcionaram como um fator desencorajador para a prática de exercícios por indivíduo que possuíam algum problema de saúde diagnosticado. É o que pode ser visto nas seguintes falas:

A coluna dói muito. Minha coluna está quase quebrada. Eu tenho vontade mas eu tenho medo. O médico falou para mim " não vá morar em casa que tem escadão não'. Ele falou que se eu tomar um tombo

minha coluna quebra, pois ela já está quase quebrada. (G5-PPCF4, M, 68 anos).

Mas eu tenho um problema de artrose no joelho estou fazendo fisioterapia. O médico falou que eu devo fazer pelo menos uns 30 minutos de caminhada do jeito que eu aguentar, já ortopedista falou que eu não posso fazer caminhada por causa do meu problema de artrose no joelho, o único que eu poderia fazer são exercícios na água, na piscina, quanto mais eu andar e correr mais vai desgastar o meu joelho (G5-PPCF5, M, 71 anos).

O médico falou para mim que exercício com a perna nem pensar. Podia fazer uns exercícios com braço com tronco, mas com a perna nem pensar porque quanto mais fazer mais desgasta o osso do fêmur (G5-PPCF6, M, 61 anos).

Para Sallis e Owen (1999), um dos fatores que impossibilita um indivíduo de praticar exercícios são as barreiras percebidas para a prática. Esse fator ficou evidente nas falas dos participantes da subcategoria “Problemas de saúde”. Além disso, nota-se que, uma vez que o profissional responsável pelo diagnóstico desses problemas é o médico. Geralmente, este é o primeiro profissional a verificar a necessidade e importância da prática de exercícios. Por isso, ressalta-se que a população deve ser conscientizada da importância de uma vida ativa para prevenir agravos na capacidade funcional.

O estudo conduzido por Carvalho et al. (2017) com 383 idosos, demonstrou que 45,6% desses indivíduos que recebiam aconselhamento de médicos e enfermeiros se exercitavam de 20 a 30 minutos de três vezes a seis vezes por semana. Nesse seguimento, apenas 5,2% da amostra relatou receber orientação de um educador físico e o tempo de exercício praticado por esse idosos era de até 45 minutos a mais, todos os dias da semana. Acredita-se que, para a elaboração de prescrições relacionadas à prática de exercícios físicos para essa população é importante o envolvimento não só de médicos, mas também de fisioterapeutas e educadores físicos a fim de avaliar a melhor conduta indicada para os idosos que já possuem agravos de saúde instalados. Assim, embora a avaliação médica antes da iniciação da prática de exercícios seja muito importante, são necessários outros profissionais para estruturar melhor a prática e proporcionar uma vida mais saudável ao idoso (Carvalho et al., 2017).

Na terceira subcategoria identificada, “Não sentem necessidade”, os idosos não tinham a prática de exercícios como prioridade. Reichert, Barros, Domingues e Hallal (2007) relatam

que é possível que os idosos tenham pouco conhecimento em relação à importância dos exercícios para a saúde já que muitos viveram em uma época em que os exercícios não eram valorizados ou considerados importantes. A seguir, algumas falas de entrevistados que tiveram esta subcategoria identificada em suas entrevistas:

Eu fiz musculação no projeto da Universidade foi muito bom, mas o projeto acabou. Eu me preocupo em ser ativo, tanto que eu tenho aquele vale do Idoso né mas eu prefiro a pé eu tenho carro também mas quando eu vou na cidade eu vou a pé, mas não tenho obrigação de fazer, quando não tem nada para fazer eu vou lá embaixo na cidade a pé e volto (G2-MPCF5, M, 68 anos).

Não, porque eu nunca precisei. Eu não faço exercícios físicos diretamente, mas eu faço movimentos demais, resolvo meus problemas todos na rua, eu movimento muito dessa forma, mas exercício físico academia não frequento (G2-MPCF6, M, 73 anos).

O participante G2-MPCF6 relata que não pratica nenhum exercício porque nunca precisou. Essa fala, mais uma vez, demonstra uma visão curativa em relação aos comportamentos adotados para manter a saúde. Além disso, os dois entrevistados relatam se preocupar em se manter ativos, realizando atividade que requerem movimentação. Apesar de a preocupação para se manter ativo ser um importante fator na velhice, é importante refletir que é provável que esses idosos façam tais atividades por ainda manter a capacidade funcional intacta, mas não se preocupam em atividades que poderão prolongá-la. Vale lembrar que essas atividades se referem à prática dos exercícios físicos, que se tratam de movimentos corporais organizados, de forma repetida com o objetivo de manter ou melhorar componentes da aptidão. Além disso, Yohannes, Doherty, Bundy e Yalfani (2010), relatam que os exercícios previnem e tratam doenças levando à redução da taxa de mortalidade. Nesse sentido, é importante ressaltar que a prática de exercícios, ou seja, de atividades sistematizadas prolonga a capacidade funcional e a autonomia desses indivíduos.

O participante G2-MPCF5 relatou que praticava exercícios em um projeto da Universidade, evidenciando a importância de programas que abordam a prática de exercícios físicos para essa população. Nesse sentido, na última subcategoria identificada, “Não tem acesso”, um dos idosos demonstrou o desejo de praticar algum exercício, no entanto se queixou por não ter acesso a esse tipo de atividade de forma gratuita, como evidenciado na fala a seguir:

Falta um profissional assim para ensinar quais os exercícios iriam praticar. Não tenho condições financeiras para pagar esse profissional. O governo poderia ceder esse profissional... de acompanhar, de fazer um acompanhamento, porque não adianta nada eu vou lá faço um abdominal tudo errado e pela minha idade eu não posso ficar fazendo exercício errado. Culpado de tudo é o governo! (risos) (G4-MPAC2, M, 68 anos).

Nessa fala é possível perceber a importância do reforço de programas governamentais que visam tornar a prática de exercícios físicos mais acessíveis, não só para idosos, mas também para população em geral. A criação desses programas atua não só na promoção de saúde, mas também funciona como uma proposta de lazer e como um importante fator incentivador da convivência e da preservação do bem-estar emocional dessa população. Assim, campanhas que buscam conscientizar a população sobre a importância da prática de exercícios no processo de envelhecimento também se fazem fundamentais, uma vez que auxiliam o indivíduo a chegar no período da velhice mais preparado para as adversidades, retardando o seu declínio funcional.

4.2.4. Qualidade dos relacionamentos

Neste componente, procurou-se identificar como os participantes selecionados percebiam os seus relacionamentos. Para tal, os participantes foram questionários sobre a frequência que saem de casa, os locais que frequentam, se possuem amigos, atividades de lazer e como descreviam a sua relação com a família. Assim, foram identificadas três categorias nas falas dos participantes, a saber: “Convívio familiar bom”, “Convívio familiar ruim” e “Convívio com amigos e participação em centros de convivência”.

A primeira categoria reúne falas dos participantes que relataram ter uma boa relação com sua família, incluindo filhos, cônjuges e irmãos, dentre outros. Já a segunda categoria representa aqueles idosos que declararam não ter convívio ou uma boa relação familiar. A última categoria, por sua vez, diz respeito àqueles indivíduos que falaram sobre amigos e participações em locais que possibilitam convivência, sejam eles religiosos, grupos de estilo de

vida, de apoio social etc. A Figura 12 apresenta o resumo das categorias identificadas neste componente:

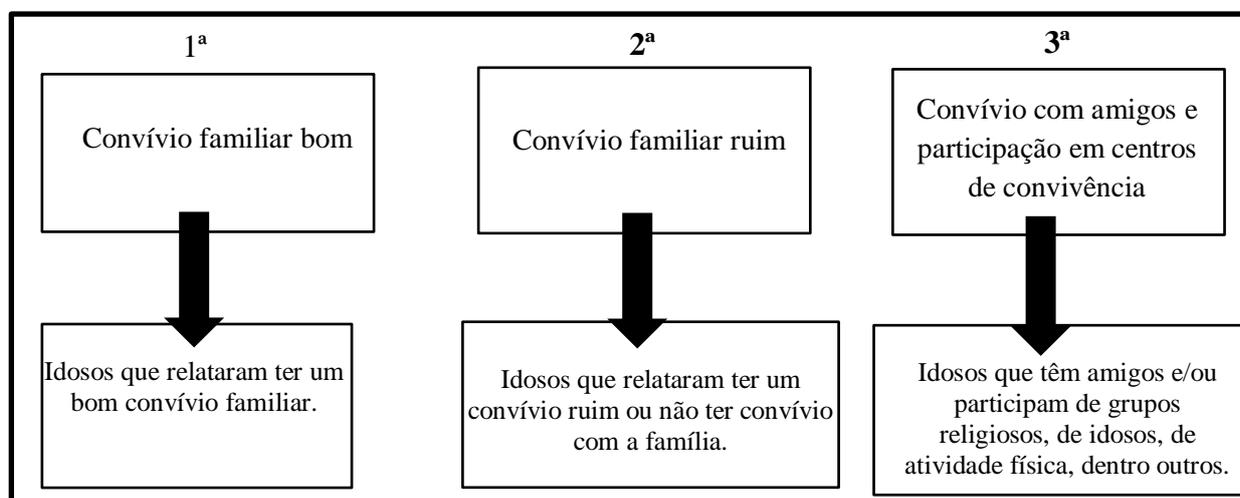


Figura 12. Categorias identificadas no componente de qualidade dos relacionamentos.
Fonte: A autora (2019).

Em relação à disposição dos entrevistados em cada uma das categorias, notou-se que 24 entrevistados relataram ter boas relações familiares. Desses 24 idosos, 14 representam grupos com as maiores pontuações do SF-36 (G1, G2 e G3) e 10 grupos com as menores pontuações (G4, G5 e G6). Ressalta-se que no G4, apenas um participante relatou bom convívio familiar. Nesse seguimento, apenas oito entrevistados relataram não ter um bom convívio familiar, sendo que apenas dois idosos eram pertencentes às melhores pontuações (grupo G3). No que diz respeito às relações sociais, 21 participantes disseram ter bons relacionamentos com amigos e/ou frequentarem centros que possibilitam a convivência com outras pessoas. Assim, 13 idosos pertencem aos grupos com as maiores pontuações (dois idosos do G1, todos os idosos do G2 e cinco idosos do G3) e oito com as menores pontuações (dois do G4, três idosos do G5 e três idosos do G6).

Vale ressaltar que alguns entrevistados tiveram mais de uma categoria identificada em suas falas. Desse modo, no Quadro 10, participantes em negrito representam os 16 idosos que relataram ter tanto convívio com a família quanto convívio com amigos. Observa-se que apenas cinco deles obtiveram as menores pontuações do SF-36. Nessa perspectiva, os participantes que aparecem sublinhados representam aqueles que apesar de terem falado sobre a falta de convívio familiar, declararam ter uma boa relação com os amigos. O Quadro 11 traz a disposição dos participantes em cada uma das categorias identificadas:

Quadro 11. Disposição dos entrevistados dentre as categorias de qualidade dos relacionamentos.

Qualidade dos relacionamentos						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Convívio familiar bom	MPAC1	MPCF1	MPCM1	PPAC3	PPCF2	PPCM2
	MPAC2	MPCF3	MPCM2		PPCF3	PPCM3
	MPAC3	MPCF4	MPCMS3		PPCF4	PPCM4
	MPAC4	MPCF5	MPCM4		PPCF5	PPCM5
			MPCM5		PPCF6	
		MPCM6				
Convívio familiar ruim		<u>MPCF2</u>		PPAC1	PPCF1	PPCM1
		<u>MPCF6</u>		PPAC2		<u>PPCM6</u>
				<u>PPAC4</u>		
Convívio com amigos e participação em centros de convivência	MPAC2	MPCF1	MPCMS1	PPAC1	PPCF2	PPCM2
	MPAC4	<u>MPCF2</u>	MPCMS2	<u>PPAC4</u>	PPCF4	PPCM4
		MPCF3	MPCMS4		PPCF6	<u>PPCM6</u>
		MPCF4	MPCMS5			
		MPCF5	MPCMS6			
		<u>MPCF6</u>				

Legenda: Negrito – Participantes que foram identificadas a primeira e terceira categoria/
Sublinhado – Participantes que foram identificadas a segunda e última categoria.

Fonte: A autora (2019).

Assim, em relação à qualidade dos relacionamentos, percebe-se que os idosos com boa qualidade de vida, em sua grande maioria, relataram tanto um bom convívio familiar quanto uma rede de apoio social, estabelecida através da convivência com amigos. Desse modo, a família é uma importante fonte de conforto emocional, que contribui para o bem-estar psicológico dessa população e, conseqüentemente, interfere positivamente na avaliação da qualidade de vida (Lu, Yuan, Lin, Zhou, & Pan, 2017). O relacionamento com amigos, por sua vez, além de trazer benefícios psicológicos, ajuda esses indivíduos a manter o convívio social e se engajarem em atividades de lazer (Almeida & Maia, 2010). Nesse perspectiva, nos tópicos a seguir discutiremos detalhadamente, cada uma das categorias identificadas nesse componente.

4.2.4.1. Convívio familiar bom

O bom convívio com a família foi um aspecto identificado na fala de diversos participantes. Souza et al. (2014) descrevem a família como uma construção social influenciada

pelo contexto socio-histórico e pelas relações. Nela, é possível encontrar afetividade, companheirismo e solidariedade. Nesse sentido, a família pode ser considerada funcional quando consegue manter a estabilidade emocional diante de conflitos e situações críticas. Assim, mesmo em meio a dificuldades os membros conseguem se manter independentes e comprometidos uns com os outros (Souza et al, 2014). A seguir, algumas falas nas quais os idosos descrevem sua relação com a família:

Ótima, se eu tivesse que dar uma nota eu dava 95 é muito boa. Tenho um casal de filhos que não me dá trabalho nenhum, tenho meus netinhos que faz, fala alguma coisa aí a gente fica feliz, né? (G2-MPCF5, M, 68 anos).

Boa, eu tenho só uma irmã e filho, claro. Mas uma relação boa, meu filho é maravilhoso, ele é demais, especial (G3-MPCM6, F, 74 anos).

Minha família é maravilhosa, tudo bem. Tenho dois filhos um é casado e tenho dois netinhos que eu sou apaixonada com eles (G3-MPCM5, F, 74 anos).

É possível perceber na fala desses participantes o bom convívio dos mesmos com os filhos e netos. Neri e Yassuda (2004) relatam que o suporte familiar é muito importante na velhice, uma vez que o idoso reduz suas relações sociais à medida que vai envelhecendo. Assim, a família pode oferecer ao idoso apoio psicológico em momentos de crise. Nesse sentido, alguns idosos demonstraram satisfação com a convivência familiar, mesmo depois de acontecimentos que marcaram o seu envelhecimento, como a viuvez e o divórcio.

Sempre tive uma boa relação. Enquanto eu tive a minha esposa, nós convivemos 34 anos, depois ela faleceu de câncer, mas foi uma convivência boa, tivemos um filho só por opção dela, uma netinha, que é o xodó da minha vida (G2-MPCF1, M, 76 anos).

Minha relação com a família é boa, muito boa. Esse é meu terceiro casamento e apesar de não conviver com as minhas ex esposas, convivo muito bem com meus filhos e com os meus irmãos (G1-MPAC1, M, 69 anos).

Para Bosi (1994), o grupo familiar funciona como o espaço social onde o idoso encontra o seu lugar, ou seja, no seio familiar a personalidade do idoso ganha uma distinta relevância. Assim, um sujeito pode mudar de país, estado civil, posição social, mas o vínculo familiar é irreversível. Dessa forma, mesmo que os idosos passem por diversas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento, a família é um estado permanente e o tipo de relacionamento que esse indivíduo desenvolve com a família traz desdobramentos para o resto da vida. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que além da relação com os filhos e netos, alguns idosos também mantêm relações com outros familiares como irmãos, sobrinhos, primos, dentre outros. Esses fatores foram evidenciados nas falas a seguir:

Minha família é muito grande sabe...Mas ninguém é de mal com ninguém, ninguém é brigado com ninguém, todo mundo se entende muito bem né... eu me relaciono muito bem, tanto com as minhas irmãs, quanto com os meus sobrinhos, são muitos também, hoje já são rapazes, casados e tal, não tenho muita dificuldade não, não tenho problema nenhum, todos me respeitam muito, eu respeito eles (G2-MPCF3, F, 67 anos).

Normal, meus irmãos somos muito ligados, de visita de ir na casa, a gente sempre tem contato. Não tem conflito com os meus filhos, a gente sempre procura viver melhor (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Zimerman (2000) relata que uma família é sadia quando a relação entre as pessoas é sadia, os pais são exemplos para os filhos e há uma demarcação de lugar para cada membro da família. Para Martins (2013), o convívio harmonioso entre a família pode ser tanto uma fonte de apoio irreversível como um porto seguro para o idoso. Além disso, nota-se que esse convívio pode aumentar a rede de contato dos idosos e oferecer uma maior convivência, prevenindo o indivíduo da solidão.

Minha família, nós combinamos bem demais. Os irmãos são tudo unido. Eu sou solteiro não tive filhos. Minha irmã que mora de parede de meia comigo, é solteirona também. Ela é mãe solteira, tem uma filha que mora lá em São Paulo, tem quatro netos, três meninas e um rapazinho, agora eu vou lá na casa deles, natal e Ano Novo eles estavam aqui,

passaram aqui, depois que eles foram embora, ficaram 20 dias aqui [*sic*] (G5-PPCM4, M, 68 anos).

Boa, minha família é a base de tudo né cara?! Eu tenho uma relação muito boa até com a minha ex, primeira mulher, que a mãe da minha filha, tem uma relação boa. Tenho uma relação boa também com essa companheira, tem um mês que a gente se afastou. Os meus pais, puxa, são tudo para mim, minha irmã, cunhado, meus sobrinhos, eu tenho quatro sobrinhos, minha irmã já é avó, tem os netos, eu já sou tio avô, poxa, uma relação ótima. (G5-PPCF6, M, 61 anos).

Na fala do entrevistado G5-PPCM4, nota-se que mesmo não sendo casado e morando sozinho, a proximidade com a irmã, amplia a rede de contato do participante uma vez que a mesma tem netos. No relato do participante G5-PPCF6, percebe-se que o mesmo convive com os pais, irmãos, cunhados e sobrinhos evidenciando o papel da família de ofertar um espaço amplo para as relações sociais. Assim, é possível dizer que nesse ambiente doméstico as pessoas estabelecem relações primárias, que vão constituir um alicerce para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (Leite, Bastiti, Berlezi, & Scheuer 2018). Além disso, de acordo com Debert (2004), apesar de existir uma tendência de idosos morarem sozinhos, nem sempre isso é reflexo do abandono. Muitas vezes, o fato de morar sozinho configura uma nova forma de se relacionar com a família e de viver melhor.

Martins (2013) relata que ao mesmo tempo que a família é entendida como espaço físico ela possui enquadramento em um lugar simbólico e de relações sociais. Assim, a convivência familiar e o vínculo do idoso com pessoas que pertencem ao seu grupo de origem é uma forma privilegiada de se viver e de se relacionar com o mundo. Além disso, é um importante fator que a auxilia na construção e manutenção do sujeito social. Por esse motivo, a convivência com a família demonstra ser um importante influenciador da qualidade de vida dessa população.

4.2.4.2. Convívio familiar ruim

Enquanto na categoria anterior os idosos declararam ter uma boa relação com a família, na presente categoria foram identificados, na fala dos idosos, conflitos ou rompimento das relações familiares. Assim, é importante dizer que a família é um fator que pode influenciar todas as etapas da vida. Conforme se envelhece, a família se modifica e, conseqüentemente, ocorre a mudança do lugar de cada integrante envolvido na mesma (Zimmerman, 2000).

Minha relação com a família é mais ou menos. Me dou bem com a minha filha que mora comigo com a minha neta, vim para cá para ajudar minha filha, mas minha esposa não gostou daqui, tivemos alguns atritos sobre a cidade. O meu filho que estava aqui me deu problema também. Não sinto falta dos familiares que estão longe, sinto falta de uma pessoa do meu lado pois eu me sinto sozinho (G2-MPCF2, M, 63 anos).

Na fala acima o participante relata modificações na sua estrutura familiar devido à separação de sua esposa. O entrevistado relata, ainda, sentimento de solidão. Para Féres-Carneiro (2003), sentimentos como perda, frustração, arrependimento, depressão e solidão são comuns após o processo de separação. No caso da mulher, além dessas sensações é comum sentimento de autovalorização e alívio, enquanto os homens se queixam da solidão e possuem uma maior dificuldade de reconstruir sua identidade pessoal. Além das questões que envolvem relações conjugais, Leite et al. (2008) ressaltam que, muitas vezes, mesmo que os idosos morem com outros familiares, os mesmos vivenciam a velhice de forma solitária. Enquanto para alguns o enfretamento dessa fase da vida ocorre de forma tranquila, para outros, esse momento é acompanhado por angústia, medo, preocupações. A solidão é um sentimento angustiante que, causa mal-estar (Azeredo & Afonso, 2016). Nesse sentido, é importante que os familiares fiquem alertas e observem as condições psicológicas e de vida desses idosos, fornecendo a ajuda necessária (Leite et al., 2008).

Além dessas dificuldades enfrentadas pelos idosos, na fala do participante G2-MPCF2, é possível perceber que os conflitos familiares vivenciados pelo entrevistado foram influenciados a partir da decisão de mudar de cidade para que pudesse ajudar a filha. Assim, o idoso aparece em uma posição na qual oferece suporte para a vida de sua filha adulta e sua neta. Esse fato foi identificado também na fala de outra entrevistada, como consta a seguir:

Bem, eu tenho problemas com a minha filha. Tenho uma menina de 24 anos, ela já foi casada. Ah então, ela tem uma menininha e ela tem 4 aninhos, a T. (neta) e tem o C. (neto), e ele tem 13 anos, e ela não cuida deles, eu que cuido. Eu que cuido deles, ela nem trabalhar, trabalha, então isso causa conflitos (G5-PPCM1, F, 64 anos).

Na fala dos entrevistados G2-MPCF2 e G5-PPCM1, além dos conflitos familiares relatados, nota-se nas declarações a preocupação com os filhos e netos. Para Azeredo e Afonso (2016), os filhos e netos são os vínculos que os idosos consideram mais fortes. Assim, além da de se preocuparem com o bem-estar desses entes queridos, é de onde eles esperam encontrar apoio afetivo. Nessa perspectiva, quando o indivíduo não recebe apoio de familiares próximos, o seu bem-estar emocional pode ser afetado. Nesse seguimento, conflitos familiares com os filhos, genros e cônjuges, também foram identificados na fala de duas entrevistadas:

A relação com a minha irmã é péssima, e tem um genro que eu tenho muita mágoa dele e ele também deve ter de mim porque eu não deixava de falar e, minha filha por causa disso quase não vem aqui, estava falando com minha amiga... ah estava com vontade que a S. [filha] me fizesse uma surpresa, ela estava em Niterói e eu em Cabo Frio e ela vai lá quase de 15 em 15 dias e deixou pra ir no outro sábado, isso me dói muito... o meu problema é minha irmã e minha filha, não por ela, por ele, não deixa nem as crianças vir, que eu tenho duas netas. Vem aqui uma vez por mês, não vem almoçar aqui, não vem dormir aqui... (G4-PPAC1, F, 80 anos).

Minha relação com a família não é muito boa não. Nem com meu marido, nem com a minha filha, eles são muito difíceis. Qualquer coisa está brigando comigo, me atacando. Ele chegou até me tocar de casa, ele e minha filha, os dois. Mandou eu sair procurar um lugar para morar que não aceita. Eu disse que não ia sair, porque não tenho para onde ir, nem para casa da minha mãe posso ir, porque minha família é desestruturada. Foi como eu disse, tive uma infância difícil, tive uma adolescência pior ainda. Eu fui criado na casa dos outros, apanhando. Trabalhava por comida, calçado e roupa velha. Minha infância e minha

adolescência foi assim. Eu não tive carinho de pai, não tive carinho de mãe, como eu posso dar carinho para filha e para o filho, eu não sei como retribuir. Isso minha filha reclama, ela cobra de mim. Disse que eu não sei dar carinho (G4-PPAC4, F, 67 anos).

Zimerman (2000) relata que o ambiente familiar pode determinar o comportamento do idoso. Desse modo, uma família que vivencia uma atmosfera harmoniosa possibilita o crescimento de todos, incluindo o do idoso, pois todos tem seus lugares e posições e as diferenças são respeitadas. Por outro lado, nos casos de ambientes desarmoniosos, falta de respeito e falta de reconhecimento de limites, o relacionamento passa a ser influenciado por frustrações e os indivíduos podem se tornar deprimidos e agressivos. Nesse caso, o idoso, mais uma vez, se sente isolado e passa a ter medo de cometer erros e ser punido. A fala da participante G4-PPAC4 demonstra que a relação que a idosa desenvolveu com seus pais influenciou na sua dinâmica familiar com o seu cônjuge e sua filha. Assim, situações ocorridas ao longo de sua vida influenciaram nos problemas familiares que a mesma vivencia na velhice.

Como visto nesta categoria, os conflitos e distanciamentos familiares podem causar angústia, sentimento de solidão e influenciam diretamente a forma com que o idoso vivencia a velhice. Dessa forma, é importante que a família esteja atenta ao fato de que mesmo quando o idoso tem a sua autonomia preservada e não necessita de cuidados, a boa qualidade das relações familiares podem influenciar diretamente na sua saúde emocional e na forma com que indivíduo enfrentará as modificações decorrentes do envelhecimento.

4.2.4.3. Convívio com amigos e participação em centros de convivência

Na última categoria do componente de qualidade dos relacionamentos, foram identificados nas falas do idosos componentes que indicam a importância de locais que permitem a convivência e interação dessa população. Para melhor organizar esta categoria, as falas foram divididas em quatro subcategorias, a saber: “Grupos religiosos”, “Grupo de amigos e de apoio”, “Praças” e “Trabalho”. A Figura 13 ilustra a organização da presente categoria:

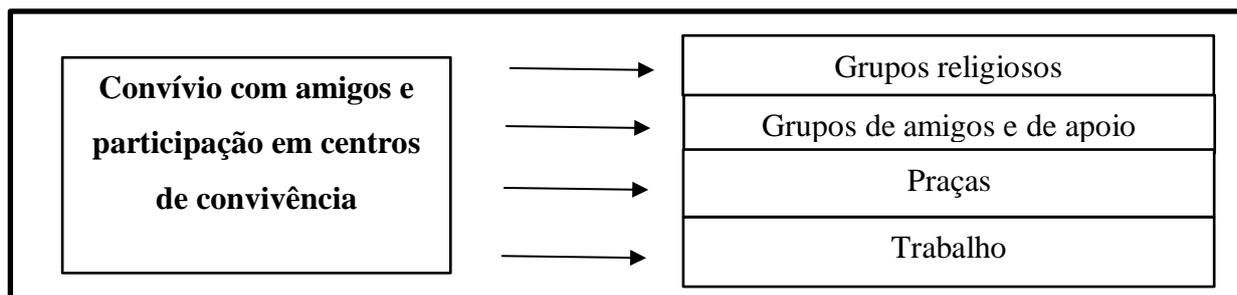


Figura 13. Subcategorias derivadas da análise de conteúdo relacionadas à categoria de idosos que relataram convívio com amigos e participação em centros de convivência.

Fonte: A autora (2019).

Na primeira subcategoria “Grupos religiosos”, os idosos relataram como a prática religiosa propicia interações sociais. Nas falas a seguir, é possível notar a manutenção das relações sociais em decorrência do hábito de frequentar e participar de eventos religiosos:

Igreja, sou de missa todos os dias. Participo de eventos dentro da comunidade igreja, saio toda terça e quinta dando atenção aos enfermos, porque eu faço parte do Ministério da Eucaristia, então levo comunhão para os enfermos a muitos anos, desde 1999. Essa é uma missão maravilhosa, são amigos que sempre vão fazer parte da minha vida. A gente se sente bem, tanto a gente recebe como também dá (G1-MPAC4, F, 71 anos).

[...] meu sítio, tenho amizade boa lá também. A gente participa do ECC o movimento da igreja “Encontro de Casais com Cristo”, então a gente participa, encontra sempre os casais, eu vou no terço dos homens também às quintas (G2-MPCF5, M, 68 anos).

Diante das falas dos entrevistados, é possível notar que ambos participam ativamente de atividades de cunho religioso. A entrevistada G1-MPAC4 relata que, devido aos muitos anos dedicados a trabalhos religiosos, possui amigos que levará para o resto da vida. A participante ainda parece se sentir grata por executar tal atividade. No caso do entrevistado G2-MPCF5, o mesmo parece participar de um grupo religioso junto com a esposa, influenciando tanto sua relação familiar quanto social. Aparentemente, esse tipo de convívio, oferece aos idosos a possibilidade de atuar socialmente, influenciando na sua autoestima ao mesmo tempo que o mesmo consegue atuar socialmente. Cardoso e Ferreira (2009) confirmam que a religiosidade pode refletir em uma importante fonte de apoio social. Além disso, esses indivíduos podem

lidar mais facilmente com situações traumáticas, ter menos sentimentos negativos e um maior bem-estar subjetivo.

Além dos grupos religiosos, na subcategoria “Grupos de amigos e de apoio”, os idosos relataram frequentar grupos de apoio, palestras e reuniões com amigos em bares, restaurantes e no próximo ambiente domiciliar.

Igual esse grupo de apoio, todos são amigos, ali é melhor que você ficar na frente de um psicólogo e ficar conversando, ajuda muito mais, é sigilo. Cada um com seu problema, cada um diferente do outro, todo mundo em busca de não viver pelo outro. É bom demais! (G3-MPCM2, F, 60 anos).

Aqui eu tenho uma amiga aqui debaixo de mim que a gente conversa muito, tenho uma irmã que mora em Benfica que eu vou muito para lá, tenho uma sobrinha que mora em Rosário de Minas que eu também vou... e tem as meninas da academia... tem uma conterrânea aqui em cima que eu visito também, vou lá e bato papo com ela e com as filhas dela, ela já está com 93 anos (G1-MPAC2, F, 68 anos).

Bowling e Browne (1991) relatam que as relações de amizade, ao contrário das relações familiares, são construídas a partir de escolhas, ou seja, a amizade ocorre através das afinidades e reciprocidade entre experiências e sentimentos. Percebe-se que a entrevistada G3-MPCM2 relata que a conversa que ela tem com amigos lhe confere bem-estar psicológico. Para Almeida e Maia (2010), as relações de amizade têm o poder de prevenir a solidão, depressão e suicídio trazendo benefícios à qualidade de vida dos indivíduos.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que alguns entrevistados relataram sair com os amigos para bares e restaurantes e mantem o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, como pode ser observado nas falas abaixo:

Tenho muitos amigos, nos encontramos com frequência, saímos, vamos no barzinho, tomo uma cervejinha que eu gosto, tomo em casa também, eu gosto (G2-MPCF4, F, 74 anos).

De amigo, amigo mesmo, eu tenho quatro, que são amigos verdadeiros, agora colega eu tenho um monte. Meus amigos eu encontro quase todos os dias, lá no bar (G5-PPCMS6, M, 61 anos).

Nos relatos dos entrevistados G2-MPCF4 e G5-PPCM6, é possível observar o vínculo das interações sociais e do convívio com os amigos com o consumo de bebidas alcoólicas, assim como demonstrado em alguns estudos (Byles, et al., 2006; Chan et al., 2009; González-Rubio et al., 2016; Lima et al., 2011; Saito et al., 2005). Vale ressaltar que, na presente dissertação, os idosos que consumiam bebidas alcoólicas também apresentaram melhores médias de qualidade de vida.

Nesse seguimento, na terceira subcategoria “praças”, identificou-se o papel das praças da cidade como um centro de convivência para população de idosos:

Vou ao baile, eu gosto de dançar. Vou umas 2, 3 vezes por semana. Venho jogar dama na praça, todos os dias. Tenho muitos amigos aqui. (G2-MPCF1, M, 76 anos).

Tenho vários amigos. Encontro com eles todos os dias no Parque Halfeld (G2-MPCF2, M, 63 anos).

Tenho muitos amigos, é uma coisa muito difícil você sabe, né?! Eu sempre encontro aqui, no parque mesmo eu encontro (G5-PPCF2, M, 80 anos).

Aqui (praça) eu tenho um montão, uns 10 amigos que eu vejo direto, hoje eu não estou vendo nenhum, mas ficamos conversando direto aqui na praça (G5-PPCM4, M, 68 anos).

Nota-se na fala dos quatro entrevistados acima que os mesmos frequentemente encontram amigos em praças. Nessa perspectiva, é importante ressaltar que as praças são importantes ambientes para que os idosos possam usufruir de lazer e da convivência. Além disso, esses espaços podem promover um papel decisivo na promoção do bem-estar, da saúde e da qualidade de vida, podendo ser um importante fator para que essa população preencha o tempo livre, diminuam o sentimento de solidão e carência (Silva & Elali, 2015).

Por fim, na última subcategoria “trabalho”, percebeu-se que dois idosos conservam amizades do trabalho:

Olha, só de associação os moradores, tenho vários amigos. O trabalho que a gente faz aqui, fazemos muitos amigos. E no bairro onde eu moro também (G2-MPCF6, M, 73 anos).

Eu fui professora, então eu fiz muitas amizades, tem minhas amigas que nos aposentamos e moramos todos perto, eu almoço todos os dias na casa de uma, inclusive. O pessoal gosta muito de mim porque dei aula para muita gente, amizade eu tenho bastante (G6-PPCM2, F, 60 anos).

A aposentadoria é um marco na vida do idoso. Em partes, é sinônimo de rompimento do convívio com outras pessoas (Antunes & Moré, 2016). Na fala da entrevistada G6-PPCM2, identifica-se um privilégio, visto que a entrevistada convive com os antigos amigos de trabalho em decorrência dos mesmos morarem nas proximidades da sua casa. Somado a isso, dadas as modificações trazidas pela aposentadoria para a vida do idoso, o trabalho voluntário muitas vezes funciona como uma ferramenta de promoção de saúde para a população idosa. Isso porque permite que esses indivíduos permaneçam ativos e úteis socialmente, ocupando seu tempo livre e conservando a saúde, aumentando suas relações sociais e, conseqüentemente, influenciando na sua qualidade de vida (Souza & Lautert, 2008).

Assim, a qualidade dos relacionamentos influencia diretamente no modo que os idosos vivenciam essa fase da vida. O convívio com a família demonstra ser um importante fator que contribui para a felicidade desses idosos. Por outro lado, o afastamento da família e os conflitos familiares, resultam em tristeza, sentimento de solidão, insegurança, contribuindo para a instabilidade emocional e dificultando no modo que o indivíduo enfrenta os acontecimentos dessa fase da vida.

No entanto, é importante destacar que essa população não necessita apenas de suporte familiar, mas também é necessário o acesso a atividades que ampliem a rede de apoio social. Nessa perspectiva, as praças, grupos de apoio, religiosidade, interesse em trabalho voluntário, dentre outros fatores, parecem facilitar o convívio desses indivíduos, além de atuar em sua autoestima, estimular sua autonomia, trazendo assim, conseqüências para a qualidade de vida dessa população.

4.2.5. Controle do estresse

Neste componente, procurou-se identificar as estratégias utilizadas pelos participantes para lidar com os problemas, conflitos e situações de estresse. Para alcançar esse objetivo, os entrevistados foram questionados sobre a sua percepção sobre estresse, a forma que lidam com problemas do dia a dia e sobre as estratégias adotadas para lidar com situações de conflitos. Desse modo, cinco categorias foram identificadas, a saber: Evitam o problema ou se isolam, Buscam refletir para dominar a situação, Buscam por apoio, Não buscam controlar e Relataram não apresentar problemas.

Assim, na categoria “Evitam o problema ou se isolam” foram identificados comportamentos adotados pelos entrevistados que tinham como objetivo esquecer ou evitar a situação de estresse, como estratégias de entretenimento. Na segunda categoria, “Buscam refletir para dominar a situação”, os participantes demonstraram modos de controlar os seus problemas, refletindo e pensando em soluções viáveis para lidar com situações incômodas.

Nesse seguimento, na categoria “Buscam por apoio”, os idosos relataram recorrer a amigos, familiares e/ou à religiosidade para passar por situações difíceis. Não obstante, na categoria “Não buscam controlar”, os entrevistados relataram que não tinham nenhum comportamento que os ajudavam a passar por situações de estresse. Por fim, idosos que foram identificados na categoria “Relataram não apresentar problemas” declararam que não percebiam situações de estresse em sua vida, portanto, não era necessária nenhuma estratégia para lidar melhor com essas situações. A Figura 14 esquematiza as categorias identificadas nesse componente:

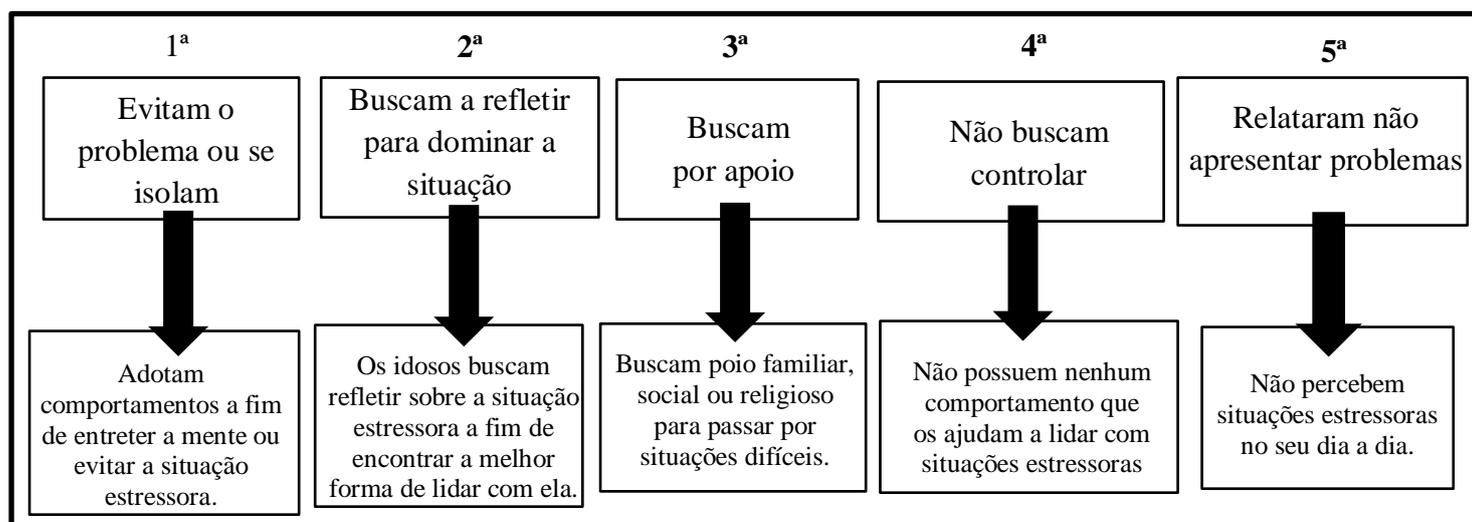


Figura 14. Categorias identificadas no componente de controle do estresse.

Fonte: A autora (2019).

Em relação à disposição dos entrevistados em cada uma das categorias, notou-se que a primeira categoria foi identificada em 15 entrevistas, onde somente duas dizem respeito a idosos com altas pontuações no SF-36. No caso da segunda categoria, apenas cinco relataram buscar refletir sobre os seus problemas. Quatro destes entrevistados pertencem a grupos que representam as melhores pontuações em qualidade de vida. A terceira categoria foi encontrada em sete entrevistas, ou seja, sete participantes declararam buscar apoio em amigos, familiares ou na religião. Ressalta-se que todos são idosos com melhores pontuações. Nesse seguimento, na quarta categoria, quatro idosos relataram não ter nenhum comportamento que auxilia a lidar com situações estressoras. Nessa categoria, não houve diferença entre o número de idosos que representam grupos de maiores ou menores pontuações. Por fim, na quinta e última categoria, dois participantes declararam não perceber situações estressoras na sua rotina, uma delas obteve uma das melhores pontuações no CMS e a outra uma das melhores pontuações tanto no CMS quanto no CMS. O Quadro 12 traz a disposição dos participantes em cada uma das categorias identificadas:

Quadro 12. Disposição dos entrevistados dentre as categorias do controle de estresse.

Controle do estresse						
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Evitam o problema ou se isolam	MPAC1 MPAC3			PPAC2 PPAC3 PPAC4	PPCF1 PPCF3 PPCF4 PPCF5 PPCF6	PPCM1 PPCM2 PPCM3 PPCM4 PPCM5
Buscam refletir para dominar a situação		MPCF5	MPCM1 MPCM2 MPCM6		PPCF2	
Buscam por apoio	MPAC2	MPCF1 MPCF4 MPCF6	MPCM1 MPCM3 MPCM4			
Não buscam controlar		MPCF2 MPCF3		PPAC1		PPCM6
Relataram não apresentar problemas	MPAC4		MPCM5			

Legenda: Negrito – Participantes que foram identificadas a primeira e terceira categoria.

Fonte: A autora (2019).

Através da disposição dos entrevistados nas categorias identificadas nesse componente, é possível observar que idosos com as melhores pontuações de qualidade de vida demonstraram ter uma tendência maior de controlar o estresse através da reflexão ou da busca de apoio, seja de amigos, familiares ou da religião. Já os idosos com as pontuações mais baixas se demonstraram mais propensos a reagir a situações estressoras evitando o problema ou tomando atitudes para desviar sua mente do problema. Desse modo, idosos com as maiores pontuações demonstraram uma melhor capacidade adaptativa do que aqueles com pontuações mais baixas. Para a capacidade de manusear o estresse é um importante fator para a qualidade de vida à medida que é um reflexo da capacidade do indivíduo de lidar com as mudanças ocasionadas pelo envelhecimento (Lopes et al., 2010). Sendo assim, nos tópicos a seguir, pretende-se discutir detalhadamente cada uma das categorias identificadas.

4.2.5.1. Evitam o problema ou se isolam

Na primeira categoria identificada nesse componente, os idosos, procuravam como método para ajudar a lidar com as situações de estresse, procuravam evitar pensar no problema, executando atividades que os ajudassem a se desligar daquilo que os entristece. Para Silva, Muller e Bonamigo (2006), esse tipo de estratégia para lidar com o estresse configura-se como fuga, uma vez que, para evitar o fator estressante e o confronto o indivíduo inicia algum tipo de atividade. Nessa perspectiva, os idosos entrevistados declararam diversas atividades que são executadas em decorrência de situações de estresse. Inicialmente, três idosos declararam a prática de sair de casa quando se deparam com situações estressantes, como pode ser visto a seguir:

Meus problemas do dia a dia ficam lá dentro de casa. [...]. Eu quando tenho um problema saio de casa e fecho meus problemas lá dentro (G1-MPAC1, M, 69 anos).

Ah, tem que andar, saio, ando, sou assim, começou a falar (risos) eu saio andando, saio para andar, é assim. Eu saio de perto, distraio, não gosto de problema (G5-PPCF1, M, 60 anos).

Geralmente eu fico deprimido quando eu fico sozinho em casa, que começo a lembrar do meu passado, das bolas que eu jogava, aí para eu me sentir melhor, eu tenho que sair para rua aí eu acabo esquecendo daquilo (G5-PPCF6, M, 61 anos).

Eu evito o máximo colocar confusão na minha cabeça, eu preciso distrair e sair pra andar (G6-PPCM5, M, 69 anos).

Todos os entrevistados acima relataram sair andando para não pensar nos seus problemas. Nota-se ainda que o entrevistado G5-PPCF6 relata que um dos problemas que o afeta se refere às lembranças do seu passado, quando poderia executar atividades como jogar bola. Para Vivan e Argimon (2009), a incapacidade funcional é um fator estressor comum na velhice, à medida que o indivíduo vai deixando paulatinamente de executar atividades que era capaz de executar quando mais jovens. Nessa perspectiva, as estratégias de fuga e esquiva geralmente são as mais utilizadas para lidar com esse tipo de situação. Nesse seguimento,

atividades de entretenimento como assistir TV, mexer no celular e acessar redes sociais também foram citadas:

Quando me sinto abatida eu ligo minha televisão, pego meu celular, vejo meu WhatsApp, meu Facebook... (G4-PPAC3, F, 60 anos).

Quando estou nervoso eu fico quieto, tento pensar em outra coisa, vou deitar e assistir televisão (G5-PPCF4, M, 68 anos).

Se eu me sinto estressado eu procuro esquecer do problema, tento ler uma revista, um jornal, vou ver uma televisão, vou ver um futebol, um filme, vou ver aquilo que eu gosto (G5-PPCF5, M, 71 anos).

O acesso à internet pode ser percebido nas falas de uma entrevistada acima. A possibilidade de os idosos acessarem à internet, ao mesmo tempo que pode funcionar como um reforço de vínculo com amigos e familiares, contribui como uma fonte de entretenimento. Assim, é possível que o idoso tenha acesso a mensagens, vídeos, fotografias, dentre outros (Felizmino & Barbosa, 2018). Esse fato faz com que a internet, assim como a televisão, jornais e revistas também funcionem como estratégia de esquiva utilizada pelos idosos.

É importante ressaltar que alguns idosos também podem buscar modos de desviar sua mente do problema, que podem trazer malefícios para sua saúde e bem-estar físico, como pode ser visto a seguir:

Tem problema que deixa a gente muito triste. Eu acho que o mundo está muito diferente do que era quando eu fui criada [...] às vezes eu estou nervosa e de repente eu começo a deixar aquilo de lado porque eu passo fumar mais (G5-PPCF3, F, 63 anos).

Estou com problema sério, tem duas coisas que me aliviam. Uma delas é trabalhar, aí eu trabalho que nem uma louca e não lembro nem que eu tenho que comer e a outra eu olhei a vitrine, mesmo que eu não compre, me faz muito bem. Eu falo que eu esqueço de comer porque eu já fui parar no hospital várias vezes por esquecer de alimentar (G6-PPCM4, F, 63 anos).

Uma vez que ao se esquivar do problema o indivíduo pretende se sentir melhor, é comum algumas pessoas recorrerem à bebida, comida, cigarro, dentre outros (Silva et al., 2006).

Por outro lado, um fator que emergiu na fala de um entrevistado como uma estratégia importante para se sentir melhor é a convivência com os netos, como visto a seguir:

Olha, o estresse é proveniente pra mim é solidão, a solidão já é um estresse muito grande, e a hora mais de solidão é a noite, quando se aquieta tudo a gente se sente isolado mas aí pra me sentir melhor no outro dia eu mesmo procuro os netos, os bisneto... a gente se diverte com eles e o tempo passa (risos) (G4-PPAC2, M, 68 anos).

Inicialmente, o apoio da família e a convivência com os netos e bisnetos é representado nessa fala como uma importante forma de lidar com o estresse. Para o entrevistado G4-PPAC2, a solidão é a principal fonte de estresse na sua vida. Uma vez que o participante percebe esse fator, ele busca a convivência com os netos para se sentir melhor e lidar com o sentimento de solidão. Apesar de parecer uma fonte de apoio, o indivíduo diz que sua estratégia faz com que o tempo passe e que o sentimento de solidão se afaste, portanto, também pode ser visto como um comportamento utilizado para evitar pensar em seu problema.

Apesar das estratégias utilizadas pelos indivíduos levarem os mesmos a não pensarem em seus problemas evitando a tristeza e o nervosismo, Silva et al. (2006) relatam que essa não é uma boa estratégia para enfrentar o estresse uma vez que as atividades executadas pelo idosos no momento do estresse atuam como um obstáculo para que o indivíduo acesse suas emoções e, a fuga acaba servindo como um meio de não confrontar o fator estressante. Assim, esse tipo de estratégia tende a manter a desordem emocional. Em adição, é importante dizer que esse tipo de comportamento adotado para lidar com situações estressoras é configurada como uma estratégia de *coping* focado na emoção. Assim, essas atitudes buscam regular o estado emocional associado ao estresse. Isso quer dizer que as estratégias adotadas buscam alterar o estado emocional do indivíduo e reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse (Antoniazzi et al., 1998). Assim, uma vez que as estratégias de controle de estresse identificadas nessa categoria foram mais recorrentes nas falas do idosos com as piores pontuações, percebe-se que esses possuem uma maior dificuldade de lidar com situações estressoras. Nessa perspectiva, nota-se que a maneira com que o indivíduo lida com os seus problemas pode estar relacionada a forma que o mesmo avalia a sua qualidade de vida.

4.2.5.2. Buscam refletir para dominar a situação

Nessa categoria, os entrevistados relataram procurar o autocontrole, ou seja, os mesmos tentam refletir e desenvolver uma estratégia para lidar da melhor maneira possível com a situação estressora. Silva et al. (2006) relatam que esse tipo de estratégia é a tradução dos esforços realizados pelos indivíduos para regular suas emoções. Nesse caso, identificou-se na fala dos entrevistados que os mesmos relatavam estratégias para pensar melhor antes de executar qualquer tipo de ação.

Eu sou muito elétrica [...] problema a gente sempre tem né, mas eu lido numa boa, tento resolver tudo na paz e na conversa (G3-MPCM2, F, 60 anos).

Eu respiro, respiro fundo, penso em outra coisa distrai a cabeça e depois volto a refletir sobre aquilo e converso muito para solucionar (G3-MPCM6).

Às vezes eu perco para não brigar, mas quando chega o conflito nada melhor do que você ouvir as pessoas, eu tinha conflito com minha ex-mulher, ela andou fazendo umas coisas que não era do meu feitio, como eu tinha duas filhas e um filho segurei o casamento máximo que eu pude, mas chegou no ponto que conversamos e cada um seguir o seu caminho para no final da vida a gente ir em paz (G5-PPCF2, M, 71 anos).

Nota-se que os idosos buscavam formas de refletir melhor sobre o problema a fim de buscar por uma solução para solucionar os conflitos, inclusive familiares. Nesse sentido, esse tipo de comportamento busca amenizar a manifestação de alguns sentimentos de forma a evitar comportamentos e a expressão de sentimentos agressivos (Silva et al., 2006). Assim, esses indivíduos demonstram ter facilidade de administrar sentimentos, pensamentos e impulsos.

O diálogo também foi uma das estratégias que os idosos relataram tomar como estratégia para solucionar seus problemas. Nesse caso, a conversa pode ser entendida como uma estratégia de *coping* focada no problema, onde o indivíduo adota comportamentos na tentativa de solucionar um conflito. Antoniazzi et al. (1998) relatam que esse tipo de estratégia busca alterar o problema existente entre a pessoa e o ambiente que está causando tensão. Assim, o

diálogo funciona como uma negociação para resolver um conflito. Nessa mesma perspectiva, a tentativa de dialogar significa que o indivíduo adotou uma estratégia de *coping* focado no problema se dirigida à fonte externa de estresse. Enquanto os momentos de reflexão adotados pelo indivíduo são configurados como *coping* sendo dirigido para o campo interno, ou seja, o indivíduo passa a ter a oportunidade de redefinir o elemento estressor e, com isso, adquire maior facilidade de solucionar o seu problema (Antoniazzi et al., 1998).

Assim, uma vez que os idosos que tiveram esta categoria identificada em suas falas pertencem a grupos com as melhores pontuações de qualidade de vida, percebe-se que esses indivíduos demonstraram uma maior facilidade de administrar suas emoções e resolver os seus problemas.

4.2.5.3. Buscam por apoio

Nesta categoria, mais uma vez, o apoio social apareceu como um importante influenciador da saúde mental dos idosos. Nesse caso, os idosos relataram buscar apoio nos momentos que se sentiam estressados. Esse comportamento, também pode ser visto como uma estratégia de *coping* focado no problema. Desse modo, o apoio religioso e social foram as duas estratégias citadas pelos entrevistados como pode ser visto a seguir:

Consigo resolver meus problemas, através da mente e da fé, tenho muita fé. Sei que tem um superior que tá aqui me dando força, e peço muita sabedoria e... eu consigo resolver as coisas, nunca desesperei não (G1-MPAC2, F, 68 anos).

Me sinto meio sozinho, e hoje é difícil encontrar uma pessoa nos padrões que a gente viveu. [...] Procure lidar com isso, tento entender o seguinte, deus levou a minha esposa, então não é para eu ter nenhuma outra né. Não tem necessidade disso. Então já vou levando por aí assim, coloquei isso na minha cabeça (G2-MPCF1, M, 73 anos).

Rezo, rezo muito, eu sou muito rezadeira. Vou a missa todos os dias, quando estou muito triste eu abro a minha bíblia rezo os salmos, tenho as minhas orações que eu rezo também é onde que... O meu refúgio é aí (G2-MPCF4, F, 74 anos).

A oração me ajuda demais, quando eu adoeci eu disse que comunhão seria o meu remédio e isso. Minha espiritualidade minha alicerça demais diante dos problemas (G3-MPCM4, F, 64 anos).

Como é possível notar nas falas acima os idosos relataram se apoiar na fé e religiosidade para lidar com fatos estressantes. Esse tipo de estratégia é denominado como *coping* religioso. Vitorino e Viana (2012) relatam que o indivíduo quando adota esse tipo de *coping*, usa de sua espiritualidade, crença ou comportamento religioso para entender ou lidar com desafios pessoais e situações de sua vida. Esse fato pôde ser claramente constatado na fala do entrevistado G2-MPCF1, onde o mesmo utilizou a “vontade de Deus” para lidar com a morte de sua esposa. Vale ressaltar que todos os entrevistados que relataram optar por esse tipo de estratégia para lidar com situações difíceis pertenciam a grupos que representam as melhores pontuações de qualidade de vida. Nessa perspectiva, diversos estudos vêm demonstrando que, de fato, o *coping* religioso pode influenciar positivamente na qualidade de vida de indivíduos idosos (Counted, Possamai, & Meade, 2018; Silva et al., 2018; Vitorino, Low, & Vianna, 2016).

Por fim, o apoio social também demonstrou ser uma importante fonte de apoio buscada como forma de lidar com situações de estresse, como pode ser visto nas falas a seguir:

Olha, vou ser sincero com você, eu converso com a nossa secretária, eu tenho extrema confiança nela. É uma pessoa com quem eu desabafo. Eu tenho total confiança nela e a única pessoa com que eu desabafo, tem hora que parece que eu vou explodir aí eu converso e ela sempre me ajuda a resolver (G2-MPCF6, M, 73 anos).

[...] às vezes eu fico preocupada com alguma coisa de conversar com as meninas, mas assim essa minha irmã que eu estou te falando que a gente sempre foi muito ligada, a gente conversa de qualquer coisa, desde mais nova, época de adolescência, que eu estava preocupada com alguma coisa, eu conversava com essa minha irmã, e a gente achava uma solução, é assim até hoje... (G3-MPCM3, F, 64 anos).

Observa-se que os entrevistados G2-MPCF6 e G3-MPCM3 encontram apoio em uma amiga e na irmã no momento de lidar com situações de estresse. Aragão, Vieira, Alves e Santos (2009) relatam que o apoio funciona como um mediador do estresse uma vez que o paciente se sente acolhido, aceito e cuidado pelas pessoas a seu redor. Nesse sentido, esse tipo de apoio

pode aumentar a vontade de viver e atuar na autoestima do idoso. Assim, o idoso que usa essa estratégia, tem a tendência de enfrentar mais positivamente as situações difíceis comparados àqueles que não tem esse tipo de suporte (Aragão et al., 2009). Esse fato chama mais uma vez atenção para a importância da qualidade dos relacionamentos para a qualidade de vida dessa população, uma vez que, pode atuar tanto na forma que o sujeito vivencia a velhice, como na forma que o mesmo lida com os seus problemas.

4.2.5.4. Não buscam controlar

Nessa categoria, nenhuma estratégia que de fato ajudavam os entrevistados a lidar com situações estressoras emergiu na fala dos mesmos. É importante ressaltar que, em alguns casos, os próprios entrevistados relataram que não existe nenhum comportamento capaz de fazê-los se sentirem melhor frente às preocupações ou situações de estresse, como pode ser visto a seguir:

Não tem nada, eu fico assim por falta de dinheiro, se eu pudesse eu queria ajudar minha filha, o que eu ganho é para comprar alimento para dentro de casa com a minha para minha filha, o que eu ganho não compro nada para mim. Eu tinha vontade de ganhar dinheiro para ajudar meus filhos (G2-MPCF2, M, 63 anos).

Não existe nada que possa me sentir melhor quando eu estou com um problema. Não existe nada que eu possa recorrer que possa me tirar da angústia (G6-PPCM6, M, 60 anos).

Nas falas acima é possível notar que não existe a tentativa de lidar com o evento estressor. O entrevistado G2-MPCF2 relata preocupações financeiras e incomodo por não poder ajudar financeiramente seus filhos. Já o participante G6-PPCM6 relata que nenhum comportamento o ajuda se sentir melhor. Desse modo, percebe-se em ambas as falas sentimento de apatia e uma baixa capacidade de enfrentamento ao estresse. Essa apatia configura-se como uma aceitação passiva do problema e é resultado da pior adaptação do idoso ao conflito. Além disso, essa aceitação associa-se à depressão e à menor sobrevivência do idoso (Santos & Cardoso,

2010). O mesmo pode ser notado na fala de uma entrevistada com baixa pontuação em ambos os componentes:

Antes eu esquecia dos problemas trabalhando, cozinhando, costurando. Mas depois de velha eu parei de fazer rosquinha e fazer doce, crochê tricô e a gente vai ficando desacostumada...as coisas vão mudando, fica muito vazia a vida da gente, muita solidão a vida da gente...então, hoje, se eu estou triste eu só espero passar (G4-PPAC1, F, 80 anos).

Observa-se que a entrevistada relatou que quando mais jovem, buscava o trabalho para superar os problemas, estratégia adotada para evitar o pensamento no problema, como citado anteriormente. No entanto, com o avanço da idade, ao surgirem outros problemas, a mesma só aguarda até o pensamento passar. Nessa perspectiva, é possível perceber nas entrevistas que a passividade pode ser resultado da dificuldade de se adaptar às novas condições da velhice. No caso do entrevistado G2-MPCF2 ficam claras as preocupações financeiras, enquanto a participante G4-PPAC1 utiliza a expressão “a gente vai ficando desacostumada” para se referir ao fato que não consegue mais recorrer ao trabalho como um atenuante do estresse, por questões condicionadas à idade. Para Ribeiro, Borges, Araújo e Souza (2016), envelhecer pode significar acúmulo de perdas. Assim, com o passar dos anos, vão aumentando as limitações físicas, às doenças além da saída do mercado de trabalho e a redução do poder aquisitivo. Essas perdas podem representar diversas mortes simbólicas para o idoso, levando à dificuldade de adaptação, ao sofrimento e, conseqüentemente, à passividade.

Por fim, ao contrário dos participantes acima, uma das entrevistadas relatou o comportamento de confronto agressivo, como pode ser visto abaixo:

[...] eu rodo a baiana, eu xingo eu grito, falo, num instantinho eu fico boa, entendeu? (G2-MPCF3, F, 68 anos).

É importante ressaltar, que a fala da entrevistada acima foi incluída nesta categoria, uma vez que a mesma não demonstrou elaborar nenhuma estratégia propriamente dita que visasse controlar o estresse. Santos e Cardoso (2010) consideram que os esforços agressivos, como é o caso da participante, também são reflexos de uma capacidade adaptativa mais baixa. Nesse caso, a dificuldade de adaptação não é necessariamente relacionada à velhice, mas sim à capacidade de se adaptar à situação estressora. Desse modo, a alternativa escolhida pelo

indivíduo para lidar com a situação é o confronto. Assim, o indivíduo inicia uma série de comportamentos agressivos a fim de alterar uma situação.

Observa-se, nesta categoria, que os entrevistados que se demonstram apáticos diante da situação estressora possuem pior qualidade de vida, enquanto a participante que declara optar por uma reação agressiva está em um grupo que representa as maiores pontuações em qualidade de vida. Assim, percebe-se que embora nem todos os idosos que foram incluídos nessa categoria representem grupos com as piores pontuações em qualidade de vida, os que estão entre as melhores pontuações representam o CFS do SF-36 e não o componente relacionado aos aspectos mentais. Por outro lado, os representantes de grupos de idosos com as pontuações mais baixas, um apresentou baixa pontuação em ambos os componentes e outro pior pontuação no CMS, demonstrando que possivelmente esse tipo de estratégia também está relacionado com piores aspectos da saúde mental.

4.2.5.5. Relataram não apresentar problemas

Na última categoria deste componente, duas entrevistadas relataram não ter a percepção sobre a existência de problemas na sua vida. Ambas as participantes afirmaram estar sempre dispostas e não passarem por processos de estresse, como pode ser visto a seguir:

Eu sempre tenho disposição, não me sinto estressada. Eu não passo por esses processos. Tudo eu venço bem, e se eu for passar também acho que vou vencer bem (G1-MPAC4, F, 71 anos).

Sinceramente. Meu humor é sempre bom. Você me vê todo dia do mesmo jeito de manhã de tarde de noite. Então eu não tenho que fazer nada para me sentir melhor porque eu não tenho problemas (G3-MPCMS, F, 74 anos).

Diante das falas das participantes, pode-se sugerir que, talvez, as mesmas possuam uma boa adaptação às modificações que vêm acontecendo no processo de envelhecimento. Assim, não é que não existam problemas na vida das entrevistadas, mas possivelmente, elas têm um modo próprio de interpretar as intercorrências da vida. Lazaros e Folkman (1984) chamam isso de reavaliação positiva. Nessa perspectiva, a reavaliação positiva é compreendida

como uma estratégia dirigida para o controle das emoções relacionadas à tristeza. Para exercer esse controle, o indivíduo tende a reavaliar as situações, reinterpretar os fatos e, automaticamente, consegue enfrentar os momentos conflitantes de forma positiva (Damião, Rossato, Fabri, & Dias, 2009).

Nota-se, também, que ambas as entrevistadas obtiveram as melhores pontuações no CMS do SF-36. Nesse seguimento, no estudo de Sorato e Osório (2014), a reavaliação positiva demonstrou-se inversamente proporcional a sentimentos de desesperança e sintomas depressivos. Assim, a maneira positiva de ver a vida relatada na fala das participantes pode funcionar como um fator protetor para a sua saúde mental e aumentar a capacidade do indivíduo de vivenciar as adversidades típicas do envelhecimento.

Nessa perspectiva, é possível perceber que o controle do estresse pode influenciar na qualidade de vida dos participantes, uma vez que, o controle das emoções está relacionado ao modo como o indivíduo interpreta e vivencia a velhice. Por isso, é necessário que os indivíduos também se preparem psicologicamente para essa etapa, uma vez que tal preparo pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de controle de estresse que sejam benéficas para a saúde mental do idoso.

Assim, as categorias vistas neste capítulo permitiram compreender a visão dos participantes acerca de hábitos relacionados à saúde adotados em suas rotinas. Esses hábitos, se referem não só à saúde física mas também à saúde mental e psicológica dos entrevistados. Nesta etapa foi possível notar que uma visão integral sobre os aspectos de saúde da população idosa é primordial para aproximar os hábitos de estilo de vida às condutas que são destinadas a esse público.

CAPITULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe como objetivo geral investigar a qualidade de vida e o estilo de vida de idosos residentes de Juiz de Fora-MG. Tanto nos resultados da primeira quanto da segunda etapa, foi possível observar que o estilo de vida exerce influência na percepção de qualidade de vida dessa população.

Assim, inicialmente, buscou-se avaliar a qualidade de vida dos idosos de acordo com sexo, idade, prática de exercícios físicos, ingestão de álcool, tabagismo, estado civil, IMC, número de comorbidades, situação de trabalho e classificação socioeconômica. Diante dos resultados, verificou-se que os homens avaliaram mais positivamente sua qualidade de vida, assim como aqueles idosos que se declararam fisicamente ativos, que trabalhavam ou já eram aposentados e que relataram consumir bebidas alcoólicas. Por outro lado, como já esperado, as médias de qualidade de vida demonstraram-se menores entre os idosos mais velhos e, também, dentre aqueles que se declararam solteiros, que tinham uma ou mais doenças diagnosticadas, que foram classificados como obesos e que pertenciam às estratos socioeconômicos mais baixos. O tabagismo, por sua vez, não demonstrou influenciar a qualidade de vida.

Por conseguinte, a segunda etapa deste trabalho teve como objetivo descrever o estilo de vida dos idosos com as melhores e piores percepções da qualidade de vida. Por meio da investigação qualitativa, foi possível observar que idosos com uma boa percepção da qualidade de vida demonstraram se preocupar mais com a adoção de comportamentos que visam prevenir o surgimento das doenças. Em relação à alimentação foi possível notar que, além da variedade de alimentos e da preocupação com o consumo de frutas, legumes e verduras, os entrevistados associavam a alimentação saudável à adoção de disciplina e moderação. Idosos com qualidade de vida mais baixa relataram maiores dificuldades para adotar uma alimentação equilibrada, assim como para aderir à prática de exercícios físicos. Vale ressaltar que os idosos ativos, além de serem aqueles com uma boa qualidade de vida, demonstraram preferir atividades praticadas em grupos, como dança e ginástica. Nessa perspectiva, tanto a boa relação com amigos quanto com a família demonstraram ser importantes fontes de suporte social e emocional para essa população. O bom convívio familiar foi citado, principalmente, pelos idosos com boa qualidade de vida. Por fim, em relação ao controle de estresse, observou-se que os idosos com piores índices de qualidade de vida relataram comportamentos que visavam evitar ou esquecer

situações de conflitos, enquanto aqueles que avaliavam a qualidade de vida positivamente, relataram buscar solucionar situações conflituosas da melhor forma possível.

Por meio das análises das duas etapas foi possível perceber a existência de algumas particularidades envolvidas na influência do estilo de vida na percepção da qualidade de vida dos idosos. Inicialmente, ficou clara a visão dos participantes relacionada à prática de exercícios físicos. Assim, enquanto os resultados da primeira etapa constataram que os idosos fisicamente ativos obtiveram melhores médias de qualidade de vida, na etapa posterior notou-se que, muitas vezes, o que leva essa população a aderir à prática dessas atividades é o convívio social e a contribuição desse tipo de atividade para a saúde mental do indivíduo. Outro fator que chamou atenção é que a maioria dos entrevistados iniciou a prática de exercícios já na velhice. Esse fato demonstra que esse tipo de atividade só foi adotada como comportamento preventivo na última etapa da vida. Os resultados desse componente chamam atenção para a necessidade de programas voltados para incentivar à prática de exercícios físicos em etapas da vida que antecedem a velhice. Nesse sentido, é importante que haja esforços governamentais para facilitar o acesso da população a esse tipo de programa.

Por outro lado, idosos que avaliaram negativamente sua qualidade de vida, demonstraram-se mais relapsos em relação a comportamentos preventivos. Esse fato pode estar relacionado a uma maior probabilidade do surgimento de doenças, explicando um dos motivos de as menores médias de qualidade de vida se relacionarem às variáveis ligadas ao estado de saúde, como IMC e comorbidades. Além disso, é importante chamar atenção para o fato de que muitos idosos demonstraram-se dependentes do SUS, sendo este o órgão mais citado nas entrevistas como um importante facilitador para a aderência de estratégias de prevenção. Desse modo, uma vez que o Brasil passa por um processo de envelhecimento acelerado é importante saber que o SUS é imprescindível para garantir o acesso à prevenção de doenças nessa etapa da vida. Portanto, investir em saúde pública e assegurar a preservação e ampliação dos programas de saúde de forma universal e gratuita é primordial para garantir o direito à saúde e contribuir para a qualidade de vida desse público.

Em relação à nutrição, os idosos apontaram dificuldades para aderir a uma alimentação saudável. Assim, observou-se que os idosos de baixa renda precisam determinar prioridades para gastar o seu dinheiro. Além disso eles possuem uma visão estritamente biológica em relação ao sentido de se alimentar. Essa mentalidade é reflexo das recomendações e das informações divulgadas atualmente no campo da alimentação e nutrição. Assim, por meio desses resultados, percebe-se que, essa visão alimentar não tem dado conta de abarcar as necessidades biológicas, psicológicas e sociais dessa população. Por isso, diante das

dificuldades apresentadas pelos entrevistados, constata-se que programas que facilitem o acesso dessa população aos alimentos se fazem necessários. Assim, tanto o fator nutricional quanto o de exercícios físicos chamaram atenção para a necessidade de se cuidar da população de idosos de forma integral, observando seus desejos, necessidades, receios, possibilidades e etc.

Apesar de a situação de moradia não ter demonstrado influenciar a qualidade de vida dos idosos da primeira etapa, no momento das entrevistas foi possível constatar que as boas relações com familiares e amigos demonstraram ser um importante fator para a qualidade de vida de idosos. Aqueles idosos que relataram conflitos familiares declararam ter sentimentos de angústia e solidão com frequência. Vale ressaltar, também, que inicialmente idosos que ingeriam bebidas alcoólicas apresentaram melhores médias de qualidade de vida. Esse fato posteriormente demonstrou estar relacionado com as boas relações sociais, uma vez que os idosos citaram o consumo de álcool ou a frequência em ambientes vinculados ao consumo da bebida como parte de atividades de lazer ligadas ao convívio com os amigos. Desse modo, as relações familiares e sociais podem ser um alicerce para o bem estar do idoso. Vale ressaltar que essas relações fazem parte da história de vida do indivíduo. Assim, os resultados da avaliação qualitativa desse estudo, sugerem que as etapas que antecedem o envelhecimento influenciam não só nos seus aspectos fisiológicos mas também nos emocionais. As relações construídas ao longo da vida, o desenvolvimento emocional desse indivíduo e o modo com que o mesmo enxerga o envelhecimento e o mundo poderão ser determinantes na forma como ele vivenciará a velhice.

É preciso mencionar algumas limitações da presente pesquisa. Inicialmente, na Etapa 1 optou-se por não realizar nenhuma avaliação que atestasse a capacidade cognitiva dos participantes, visto que a população investigada nesta pesquisa é de difícil abordagem e a inclusão dessa avaliação tornaria a aplicação dos instrumentos mais demorada, podendo comprometer a pesquisa. Justifica-se que o respondente poderia se cansar durante o processo, influenciando a qualidade das repostas aos outros instrumentos aplicados. A segunda limitação refere-se ao acesso da amostra, já que os idosos foram abordados exclusivamente em locais públicos. Possivelmente, o público encontrado em praças, restaurantes, igrejas e até mesmo arredores de clínicas se trata de idosos com uma relativa capacidade funcional e com maior convívio social, excluindo naturalmente, indivíduos muito debilitados fisicamente, o que pode influenciar na avaliação da qualidade de vida. Esse fato pode, inclusive, explicar o baixo número amostral de idosos com mais de 80 anos. Todavia, essa é uma característica de estudos com a população de idosos.

A terceira limitação também está relacionada ao local de coleta da amostra. Uma vez que o objetivo do estudo era investigar a qualidade de vida de idosos residentes no município de Juiz de Fora, a coleta foi realizada no máximo de bairros e regiões possíveis, no entanto, a dificuldade de acesso a regiões de periferia e/ou rurais, traz um viés socioeconômico, o que também influencia na percepção da qualidade de vida. A quarta e última limitação relacionada, se refere à coleta dos dados antropométricos (massa corporal e estatura) autorreferidos. Apesar de os dados dados antropométricos aferidos serem mais confiáveis, pesquisadores indicam o uso de medidas autorreferidas para fornecer informações relacionadas ao estado nutricional em investigações de grande número amostral (Bowman & DeLucia, 1992).

Apesar dessas limitações, a presente dissertação apresenta características relevantes e únicas. Inicialmente, a metodologia mista sequencial abordada permitiu compreender melhor os elementos envolvidos na avaliação da qualidade de vida da população idosa. Outro fator é que esta pesquisa apresentou um número amostral significativo, evidenciando, assim, os resultados encontrados. É importante destacar que os achados dessa investigação trazem avanços em relação aos estudos existentes nessa temática. Assim, um significativo progresso foi a adesão do método qualitativo para investigar os comportamentos de estilo de vida de idosos. Outro fator, foi a realização da investigação qualitativa baseada em idosos com maiores e menores escores de qualidade de vida. Além disso, a realização de uma etapa quantitativa e outra qualitativa nos permite realizar a triangulação dos dados.

Por fim, uma vez que o mundo está em processo de constante envelhecimento populacional é necessário que a população seja conscientizada sobre esta fase da vida e se preocupe em desenvolver estratégias para melhor vivenciá-la. Em relação à população que já está envelhecida, são necessárias intervenções que considerem todos os aspectos que podem contribuir para a melhor qualidade de vida de idosos. Portanto, sugere-se estudos futuros que proponham intervenções de cuidado em saúde que proporcionem, além da prática de exercícios e informações sobre alimentação, a oportunidade de um maior convívio social e auxílio para que esses indivíduos desenvolvam melhor suas estratégias para lidar com problemas comuns dessa etapa da vida. Outra sugestão é a realização de estudos longitudinais a fim de averiguar o impacto dos comportamentos do estilo de vida na percepção de qualidade de vida de idosos ao longo do tempo. Recomenda-se também, o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem avaliar o estilo de vida considerando as particularidades dessa população, para que no futuro, pesquisas possam ser desenvolvidas buscando correlacionar os componentes aqui estudados a diversos outros construtos, além da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2015). Critério de Classificação Econômica Brasil. Recuperado de: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Aguero, S. V., & Leiva, A. V. (2015). Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida del anciano chileno octogenário. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (6), 2554-2560. Doi: 10.3305/nh.2015.31.6.8737.
- Albuquerque, S. M. R. L. (2003). *Qualidade de vida do idoso: a assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do psicólogo.
- Alessi, N. P. (2006). Conduta alimentar e sociedade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39 (3), 327–332. Doi: 10.11606/issn.2176-7262.v39i3p327-332.
- Almeida, A. K., & Maia, E. M. C. (2010). Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 15 (4), 743-750. Doi: 10.1590/S1413-73722010000400010.
- Alvarenga, M., & Koritar, P. (2016). Atitudes e comportamento alimentar: determinantes de escolha e consumo. In M. Alvarenga, M. Figueiredo, F. Timeman, & C. Antonaccio (orgs) *Nutrição comportamental* (1a ed. Cap 2, versão eletrônica). São Paulo: Manole.
- Alvarenga, L. N., Kiyam, L., Bitencourt, B., & Wanderley, K. da S. (2009). Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 43 (4), 796–802. Doi:10.1590/s0080-62342009000400009.
- Andrade, J. M. O., Rios, L. R., Teixeira, L. S., Vieira, F. S., Mendes, D. C., Vieira, M. A., & Silveira, M. F. (2014). Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (8), 3497–3504. Doi:10.1590/1413-81232014198.19952013.
- Andrew, M. K., Mitnitski, A. B., & Rockwood, K. (2008). Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. *PLoS ONE*, 3(5), e2232. doi:10.1371/journal.pone.0002232.
- Anez, C. R. R., Reis, R. S., & Petroski, E. L. (2008). Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91 (2), 102-109. Doi: 10.1590/S0066-782X2008001400006.
- Anokye, N. K., Trueman, P., Green, C., Pavey, T. G., & Taylor, R. S. (2012). Physical activity and health related quality of life. *BMC Public Health*, 12(1). Doi:10.1186/1471-2458-12-624.
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3 (2), 273–294. Doi: 10.1590/S1413-294X1998000200006.
- Antunes, M. H., & Moré, C. L. O. O. (2016). Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: Revisão integrativa da produção brasileira. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 16 (3), 248-258. Recuperado de: psicic.bvsalud.org/pdf/rpot/v16n3/v16n3a04.pdf.
- Aragão, E. I. S., Vieira, S. S., Alves, M. G. G., & Santos, A. F. (2009). Suporte social e estresse: Uma revisão da literatura. *Psicologia em Foco*, 2, 79-90. Reuperado de:

http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_115245_ARTIGO8Suportesocialestresse-umarevisaodaliteratura.pdf.

- Atkins, J., Naismith, S. L., Luscombe, J. M., & Hickie, I. B. (2013). Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors. *BMC Psychiatry*, *13*: 249. Doi: 10.1186/1471-244X-13-249.
- Azeredo, Z. de A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *19* (2), 313–324. Doi:10.1590/1809-98232016019.150085.
- Barbosa, M. A., Pereira, C. V., Cruz, D. T., & Leite, I. C. G. (2018). Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, *21* (2), 125-135. Doi: 10.1590/1981-22562018021.170185..
- Barbosa, M. R., Almeida J. M., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, *19* (8), 3317-3325. Doi: 10.1590/1413-81232014198.06322013.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (3a ed.). São Paulo: Edições 70.
- Barger, S. D., Messerli-bürgy, N., & Barth, J. (2014). Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland : nationally representative cross sectional study. *BMC Public Health*, *14*, 273. Doi: 10.1186/1471-2458-14-273.
- Barsano, P. R., Barbosa, R. P., & Gonçalves, E. (2014). *Evolução e envelhecimento humano*. São Paulo: Érica.
- Barreto, M. S., Carreira, L., & Marcon, S.S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, *18* (1), 325-339. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26092/18731>.
- Batinni, E., Maciel, E. M., & Finato, M. S. S. (2006). Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *23* (4), 455-462. Doi: 10.1590/S0103-166X2006000400013.
- Batistoni, S. S. T. (2014). Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, *17* (3), 647-657. Doi: 10.1590/1809-9823.2014.13088.
- Battochio, J. R., Cardoso, J. M. P., Kikuchi, M., Macchione, M., Modolo, J. S., Paixão, A. L., Pinchelli, A., M., Silva, A. R., Sousa, V. C., Wada, J. K. A., WADA, J. K. A., & Bolini, H. M. A. (2006). Perfil sensorial de pão de forma integral. *Ciência e Tecnologia de Alimentos*, *26* (2), 428–432. Doi:10.1590/s0101-20612006000200028.
- Bayán-Bravo, A., Pérez-Tasigchana, R. F., Sayón-Orea, C., Martínez-Gómez, D., López-García, E., Rodríguez-Artalejo, F., & Guallar-Castillón, P. (2017). Combined Impact of Traditional and Non-Traditional Healthy Behaviors on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study in Older Adults. *Plos One* *12* (1), e0170513. Doi:10.1371/journal.pone.0170513.
- Beauvoir, S. (1970). *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life : a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, *6* (6), 1-10. Doi:

10.1136/bmjopen-2016-011503.

- Birren, J. E., E., & Schroots, J. J. F. (1996). History, concepts and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Ed.), *Handook of The Psychologu of agin*. (4a ed., Cap 1, pp. 3-20. San Diego: Academic Press Inc.
- Blair, C. K., Robien, K., Inoue-Choi, M., Rahn, W., & Lazovich, D. (2015). Physical inactivity and risk of poor quality of life among elderly cancer survivors compared to women without cancer: the Iowa Women's Health Study. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(1), 103–112. doi:10.1007/s11764-015-0456-9 .
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home : a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 27 (12), 1471-2318. Doi: 10.1186/1471-2318-12-27.
- Bohlke, M., Nunes, D. L., Marini, S. S., Kitamura, C., Andrade, M., & Von-Gysel, M. P. O. (2008). Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J*, 126 (5), 252-6. Doi: 10.1590/S1516-31802008000500002.
- Booth F. W., Roberts, C. K., & Layer, M. J. L. (2014). Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *PMC*, 2 (2), 1143–1211. Doi: 10.1002/cphy.c110025.
- Borges, L. M., Maria, E., & Seidl, F. (2014). Hábitos saudáveis na velhice: efeitos de uma intervenção psicoeducativa com homens idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 468–481. Doi: 10.15309/14psd150211.
- Borges, L. M. (2014). Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico-USF*, 19 (3), 421-431. Doi: 10.1590/1413-82712014019003005.
- Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bowen, P. G., Clay, O. J., Lee, L. T., Vice, J., Ovalle, F., & Crowe, M. (2016). Associations of Social Support and Self-Efficacy with Quality of Life in a Sample of Older Adults with Diabetes. *Journal of Gerontological Nursing*, 41 (12), 21–29. Doi: 10.3928/00989134-20151008-44.
- Bowling, A., & Browne, P. D. (1991). Social Networks, Health, and Emotional Well-being Among the Oldest Old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20–S32. doi:10.1093/geronj/46.1.s20.
- Bowman, R. L., & DeLucia, J. L. (1992). Accuracy of self-reported weight: A metaanalysis. *Behavior Therapy*, 23(4), 637–655. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80226-6.
- Boyd, C. M., Wolff, J. L., Giovannetti, E., Reider, L., Weiss, C., Xue, Q., Lef, B...& Rand, C. (2014). Healthcare Task Difficulty Among Older Adults With Multimorbidity. *Medical Care*, 52, S118–S125. doi:10.1097/mlr.0b013e3182a977da.
- Brandão, G. S., Sá, G., Freitas, B., Brandão, G. S., Sampaio, A. A. C., Donner, C. F., & Camelier, A. A. (2018). Home exercise improves the quality of sleep and daytime sleepiness of elderlies: a randomized controlled trial. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 13 (2), 1–9. Doi: 10.1186/s40248-017-0114-3.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Brown, R. A., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L. M., Rickel, A., Rozensky, R., Sheridan, E., & Reed, G. (2002). The role of psychology in health care

- delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 536–545. doi:10.1037/0735-7028.33.6.536.
- Byles, J., Young, A., Furuya, H., & Parkinson, L. (2006). A Drink to Healthy Aging: The Association Between Older Women's Use of Alcohol and Their Health-Related Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1341–1347. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00837.x.
- Caetano, S. C., Silva, C. M. F. P., & Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics*, 13 (122), 1-14. Doi: 10.1186/1471-2318-13-122.
- Camarano, A. M., & Kanso, S. (2016). Envelhecimento da população brasileira – Uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas, & L. Py. (orgs), *Tratado de Geriatria e gerontologia* (4a ed., Cap. 5, pp. 52-64). Rio de Janeiro : Guanabara Koogan.
- Camelo, L. V., Giatti, L., Barreto, S. M. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19 (2), 280-93. Doi: 10.1590/1980-5497201600020006.
- Campolina, A. G., Dini, P. S., & Ciconelli, R. M. (2011). Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2919–2925. doi:10.1590/s1413-81232011000600029.
- Campos, A. C. V., Cordeiro, E. C., Rezende, G. P., Vargas, A. M. D., & Ferreira, E. F. (2014). La calidad de vida de los adultos mayores físicamente activos en el contexto de la estrategia de salud familiar. *Texto Contexto Enfermagem*, 23 (4), 889-97. Doi: 10.1590/0104-07072014002060013.
- Cardoso, M. C. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393.
- Carvalho, D. A., Brito, A. F., Santos, M. A. P., Nogueira, F. R. S., Sá G. G. M., Neto, J.G. O., Martins, M. C. C., & Santos, E. P. (2017) Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. *Revista brasileira de Ciência e Movimento*, 25(1):29-40. Recuperado de: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/.../6467/pdf>.
- Caspersen C. J., Powell K. E., & Christenson G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health*, 100 (2), 126-31. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>.
- Cavalcante, C. L., Gonçalves, M. C. R., Ascitti, L. S. R., & Cavalcanti, A. L. (2010). Envelhecimento e obesidade: Um grande desafio para o século XXI. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14 (2), 87–92. Doi: 10.4034/RBCS.2010.14.02.12.
- Cavalcante, C. M. S., Carvalho, M. C. V. S., Ferreira, F. R., & Prado, S. D. (2015). Sentidos da alimentação fora do lar para homens idosos que moram sozinhos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 18 (3), 611-620. Dói: 10.1590/1809-9823.2015.14234.
- Cerin, E., Sit, C. H. P., Zhang, C. J. P., Barnet, A., Cheung, M. M. C., Lai, P., Jhonston, J. M., & Ly, R. S. Y. (2016). Neighbourhood environment, physical activity, quality of life and depressive symptoms in Hong Kong older adults: a protocol for an observational study. *BMJ Open*, 6 (1), 1-17. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-010384.

- Chan, A. M., von Mühlen, D., Kritz-Silverstein, D., & Barrett-Connor, E. (2009). Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, 62 (3), 294–300. Doi:10.1016/j.maturitas.2009.01.005.
- Chatziralli, I., Mitropoulos, P., Parikakis, E., Labiris, G., Chatziralli, I., Mitropoulos, P., & Niakas, D. (2016). *Seminars in Ophthalmology*, 32 (6), 772-780. Doi: 10.1080/08820538.2016.1181192.
- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, H. S. (2017). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0 (0), 1-17. Doi: 10.1177/0091415017720890.
- Ciconelli, R. M. Ferraz, M. B., Santos, W. Mineirão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39 (3), 143-150. Recuperado de: http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/valida%C3%A7%C3%do-question%C3%Alrio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf.
- Cortez, S. M., Silva, D. (2007). Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 96-105. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/267417096_Implicacoes_do_estresse_sobre_a_saude_e_a_doenca_mental.
- Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). doi:10.1186/s12955-018-0895-x.
- Dai, Y., Zhang, C.-Y., Zhang, B.-Q., Li, Z., Jiang, C., & Huang, H.-L. (2016). Social support and the self-rated health of older people. *Medicine(Baltimore)*, 95 (24), e3881. Doi: 10.1097/MD.0000000000003881.
- Damião, E. B. C., Rossato, L. M., Fabri, L. R. de O., & Dias, V. C. (2009). Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 43(spe2), 1199–1203. Doi:10.1590/s0080-62342009000600009.
- Damiani, T. F., Pereira, L. P., & Ferreira, M. G. (2017). Consumo de frutas, legumes e verduras na Região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2), 369–382. Doi:10.1590/1413-81232017222.12202015.
- Debert, G. G. (1999). Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, 42, 70-83. Doi: 10.11606/issn.2316-9036.v0i42p70-83.
- Debert G. G. (2004). *A reinvenção da velhice*. São Paulo (SP): EDUSP/FAPESP.
- Dohrn, I., Hagströmer, M., Hellénus, M., & Ståhle, A. (2016). Gait Speed, Quality of Life, and Sedentary Time are Associated with Steps per Day in Community-Dwelling Older Adults with Osteoporosis. *Journal of Aging and Physical Activity*, 24 (1), 22–31. Doi: 10.1123/japa.2014-0116.
- Dórea, G. S. (2015). Aspectos nutricionais de idosos praticantes de atividade física. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, 10 (2), 347-360 3. Doi: 10.12957/demetra.2015.14793.

- D'Orsi, E., Xavier, A. J., & Ramos, L. R. (2011). Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Revista de Saúde Pública*, 45 (4), 685–692. Doi:10.1590/s0034-89102011000400007.
- Durán A, S., Mattar A, P., Bravo B, N., Moreno B, C., & Reyes G, S. (2014). Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(11), 1371–1376. doi:10.4067/s0034-98872014001100002.
- Engers, P. B., Rombaldi, A. J., Portella, E. G., & Silva, M. C. da. (2016). Efeitos da prática do método Pilates em idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56 (4), 352–365. doi:10.1016/j.rbr.2015.11.003.
- FAO, Food and Agriculture Organization. (2003). *Trade Reforms and Food Security - Conceptualizing the linkages*. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-y4671e.pdf>.
- Farinatti, P. T. V. (2008). Corte Cronológico e compreensão da morbidade. In P. T. V. Farinatti (Coord.). *Envelhecimento, promoção de saúde e exercícios* (Cap. 2, pp.15-22) Barueru: Manole.
- Fávaro-moreira, N. C., Krausch-hofmann, S., Matthys, C., Vereecken, C., Vanhauwaert, E., Declercq, A., & Duyck, J. (2016). Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *American Society for Nutrition*, 7 (3), 507-22. Doi: 10.3945/an.115.011254.
- Felizmino, T. O., & Barbosa, R. B. (2018). Idosos e dependência de internet: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7 (1), x-x. Doi: 10.17267/2317-3394rpdsv7i1.1669.
- Féres-Carneiro, T. (2003). Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8 (3), 367–374. Doi:10.1590/s1413-294x2003000300003.
- Ferreira, H. G., & Barham, E. J. (2011). O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (3), 579–590. Doi:10.1590/s1809-98232011000300017.
- Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (5), 1-13. Doi: 10.1590/1981-22562018021.180028.
- Ferreira, L., & Simões R. (2011). *Idoso asilado: Qual a sua imagem?* São Paulo: Fontoura.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40 (5), 785-91. Doi: S0034-89102006000600007.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 17–27. Doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.
- Footit, J., & Anderson, D. (2012). Associations between perception of wellness and health-related quality of life, comorbidities, modifiable lifestyle factors and demographics in older Australians. *Australasian Journal on Ageing*, 31 (1), 22-27. Doi: 10.1111/j.1741-6612.2011.00526.x.
- Freitas, C. S., Meereis, E. C. W., & Gonçalves, M. P. (2014). Qualidade de vida de idosos ativos

- e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). *Revista Kairós Gerontologia*, 17 (1), 57-68. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19753/14634>.
- Freitas, M. C. S., Minayo, M. C. S., & Fontes, G. A. V. (2011). Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 31-38. Doi: 10.1590/S1413-81232011000100008.
- Gaffey, A. E., Bergeman, C. S., Clark, L. A., & Wirth, M. M. (2016). Aging and the HPA axis: Stress and resilience in older adults. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 928–945. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.036.
- Garcia, A., Macedo M. D. C., Nuves T. A. (2013). *Relações Interpessoais e Saúde*. Vitória: UFES.
- Gary-Webb, T. L., Baptiste-Roberts, K., Pham, L., Wesche-Thobaben, J., Patricio, J., Pi-Sunyer, F. X., ...& Brancati, F. L. (2011). Neighborhood Socioeconomic Status, Depression, and Health Status in the Look AHEAD (Action for Health in Diabetes) Study. *BMC Public Health*, 11(1). doi:10.1186/1471-2458-11-349.
- Gaspar, G. A. A., Ribeiro, J. R., Cavalcante, J. F., Neto, L. T. R., & Costa, R. O. (2017). A dança na terceira idade promovendo qualidade de vida. *Revista Diálogos Acadêmicos*, 6 (2), 145-153. Recuperado de: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/151/159>.
- Ghasemi, M., Hosseine, H., & Sabouhi, F. (2019). Effect of Peer Group Education on the Quality of Life of Elderly Individuals with Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 24 (1), 44-49. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_39_17.
- Gladwell, V. F., Kuoppa, P., Tarvainen, M. P., & Rogerson, M. (2016). A Lunchtime Walk in Nature Enhances Restoration of Autonomic Control during Night-Time Sleep : Results from a Preliminary Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13 (3), 280. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.036.
- Gomes-Neto, M., Araujo, A. D., Junqueira, I. D. A., Oliveira, D., Brasileiro, A., & Arcanjo, F. L. (2016). Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56 (2), 126–130. Doi:10.1016/j.rbr.2015.05.004.
- Gomes, R., & Nascimento, E. F. do. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 901–911. Doi:10.1590/s0102-311x2006000500003.
- González-Rubio, E., San Mauro, I., López-Ruíz, C., Díaz-Prieto, L. E., Marcos, A., & Nova, E. (2016). Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Quality of Life Research*, 25 (8), 1931–1942. Doi:10.1007/s11136-016-1229-2.
- Gouveia, B. R., Ihle, A., Kliegel, M., Freitas, D. L., & Gouveia, É. R. (2018). Sex differences in relation patterns between health-related quality of life of older adults and its correlates: a population-based crosssectional study in Madeira, Portugal. *Primary Health Care Research & Developmen*, 13, 1-5. Doi: 10.1017/S1463423618000233.

- Gouveia, B. R., Gouveia, B. R., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J., Badia S. B., & Freitas D. (2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 26 (6), 1561-1569. Doi: 10.1007/s11136-017-1502-z.
- Graeff, B. (2014) Envelhecimento, Velhice e Saúde: Transformando o invisível em visível. *Revista de Direito sanitário*, 15 (1), 77-82. Doi: 10.11606/issn.2316-9044.v15i1p77-82.
- Grotz, V. L., Pi-Sunyer, X., Porte, D., Roberts, A., & Richard Trout, J. (2017). A 12-week randomized clinical trial investigating the potential for sucralose to affect glucose homeostasis. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 88, 22–33. doi:10.1016/j.yrtph.2017.05.011.
- Guedes, D. P., Hattman, A. C., Martini, F. A. N., Borges, M. B., & Bernadelli, R. (2012). Quality of Life and Physical Activity in a Sample of Brazilian Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 24 (2), 212–226. Doi: 10.1177/0898264311410693.
- Harada, K., Shibata, A., Oka, K., & Nakamura, Y. (2015). Association of Muscle-Strengthening Activity with Knee and Low Back Pain, Falls, and Health-Related Quality of Life among Japanese Older Adults: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(1), 1–8. doi:10.1123/japa.2013-0038.
- Halaweh, H., Willen, C., Grimby-Ekman, A., & Svantesson, U. (2015). Physical Activity and Health-Related Quality of Life Among Community Dwelling Elderly. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7 (11), 845–852. doi:10.14740/jocmr2307w.
- Heesch, K. C., van Uffelen, J. G. Z., van Gellecum, Y. R., & Brown, W. J. (2012). Dose–response relationships between physical activity, walking and health-related quality of life in mid-age and older women. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66 (8), 670–677. Doi:10.1136/jech-2011-200850.
- Herédia, V. B. M., Lorenzi, D. R. S., & Ferla, A. A. (2007). Envelhecimento, Saúde e Políticas Sociais. In V. B. Herédia, D. R. S., & Lorenzi, A. A. Ferla. (Orgs.). *Envelhecimento, Saúde e Políticas Públicas* (Cap. 1, pp. 9-22). Caxias do Sul: Educs.
- Hinrichs, T., Moschny, A., Brach, M., Wilm, S., Klaaßen-mielke, R., Trampisch, M., & Platen, P. (2011). Effects of an exercise programme for chronically ill and mobility-restricted elderly with structured (HOMEfit) - study protocol of a randomised controlled trial. *Trials*, 12 (1), 263. Doi: 10.1186/1745-6215-12-263.
- Horta, A. L. de M., Ferreira, D. C. de O., & Zhao, L. M. (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (4), 523–528. doi:10.1590/s0034-71672010000400004.
- Husby, I. M., Stray, K. M.-T., Olsen, A., Lydersen, S., Indredavik, M. S., Brubakk, A.-M., Skranes, J., & Evensen, K. A. I. (2016). Long-term follow-up of mental health, health-related quality of life and associations with motor skills in young adults born preterm with very low birth weight. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14 (1). Doi:10.1186/s12955-016-0458-y.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). Estimativas da população, 2017. Recuperado de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Mudanças Demográficas no Brasil no Século XXI. *Informações demográficas e socioeconômicas*. Número 3, Rio de Janeiro. Recuperado de: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo demográfico, 2010*. Recuperado de: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil*. Recuperado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_a_val_nutricional/default.shtm.
- Irigaray, T. Q., & Trentini C. M. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (3), 297-304. Doi: 10.1590/S0103-166X2009000300003.
- Jhun, H.-J., Sung, N.-J., & Kim, S. Y. (2013). Knee Pain and Its Severity in Elderly Koreans: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life. *Journal of Korean Medical Science*, 28 (12), 1807. Doi:10.3346/jkms.2013.28.12.1807.
- Kikuchi, E. L. (2009). Aspectos neuropsiquiátricos do envelhecimento. In M. A. Martins, F. J. Carrilho, V. A. F. Alves, E. A. Castilho, G. G. Cerri, & C. L. When (Eds.). *Clinica médica*. (2a ed., Vol. 2, pp. 822-833). Barueri: Manole.
- Kim, H. J., Chu, H., & Lee, S. (2018). Factors influencing on health-related quality of life in South Korean with chronic liver disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16:142. Doi:10.1186/s12955-018-0964-1.
- Kim, H., & Kim, K. (2017). Health-Related Quality-of-Life and Diabetes Self-Care Activity in Elderly Patients with Diabetes in Korea. *Journal of Community Health*, 42 (5), 998–1007. Doi:10.1007/s10900-017-0347-2.
- Klotz-Silva, J., Prado, S. D., & Seixas, C. M. (2017). A força do “hábito alimentar”: referências conceituais para o campo da Alimentação e Nutrição. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27 (4), 1065–1085. Doi:10.1590/s0103-73312017000400011.
- Koeneman, M. A., Verheijden, M. W., Chinapaw, M. J. M., & Hopman-rock, M. (2011). Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 28 (8), 1-15. Doi: 10.1186/1479-5868-8-142.
- LaRocca, M. A., & Scogin, F. R. (2016). The Effect of Social Support on Quality of Life in Older Adults Receiving Cognitive Behavioral Therapy. *HHS Public Access*, 38 (2), 131–148. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801227/>.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23 (4), 349-357. Doi: 10.1093/geront/23.4.349.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leavell, H.; Clark, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: Macgraw Hill, 1965.
- Lei nº 10.741, de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm.
- Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.

- Leite, M. T., Battisti, I. D. E., Berlezi, E. M., & Scheuer, Â. I. (2008). Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(2), 250–257. Doi:10.1590/s0104-07072008000200005.
- Lima, A. P. de, Lini, E. V., Giacomazzi, R. B., Dellani, M. P., Portella, M. R., & Doring, M. (2018). Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (1), 53–59. Doi:10.1590/1981-22562018021.170054.
- Lima, L. M., Souza, L., J. S., Cunha, M. R. H., Leopoldo, A. S., Lima-Leopoldo, A. P. (2017). Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Idosas do Centro de Convivência para a Terceira Idade de Vitória/ES. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 21 (2), 119-126. Doi: 10.4034/RBCS.2017.21.02.03.
- Lima, M. G., Barros, M. B. de A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M. C. G. P. (2011). Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 45 (3), 485–493. Doi:10.1590/s0034-89102011000300006.
- Lipp, M. E. N. (2010). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress* (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (1995). Manejo do estresse. In B. Range (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.279-292). Campinas: Ed. Psy II.
- Liu-Ambrose, T. Y., Khan, K. M., Eng, J. J., Gillies, G. L., Lord, S. R., & McKay, H. A. (2005). The Beneficial Effects of Group-Based Exercises on Fall Risk Profile and Physical Activity Persist One-Year Post-Intervention in Older Women with Low Bone Mass: Follow-up After Withdrawal of Exercise. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (10), 1767–1773. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53525.x.
- López-Benavente, Y., Arnau-Sánchez, J., Ros-Sánchez, T., Lidón-Cerezuela, M. B., Serrano-Noguera, A., & Medina-Abellán, M. D. (2018). Difficulties and motivations for physical exercise in women older than 65 years. A qualitative study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26 (0), e2989. Doi: 10.1590/1518-8345.2392.2989.
- Lopes, R. M. F., Nascimento, R. F. L., Lopes, P. R. O., Argimon, I. I. L. (2010). As interferências do estresse na terceira idade e os recursos disponíveis para enfrentá-lo. *Portal dos psicólogos*, 1–12. Recuperado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0528.pdf>.
- Lu, C., Yuan, L., Lin, W., Zhou, Y., & Pan, S. (2017). Depression and resilience mediates the effect of family function on quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 34–42. doi:10.1016/j.archger.2017.02.011.
- Lupton, D. (1996). *Food, Body and the Self*. London: Sage Publications.
- Lustri, W. R., & Morelli, J. G. S. (2007). Aspectos biológicos do envelhecimento. J. N. In Rebelatto (Coord). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. (2a ed., Cap. 2, pp.37-84). Barueri: Manole.

- Ma, L., Li, Y., Wang, J., Zhu, H., Yang, W., Cao, R., & Feng, M. (2015). Quality of Life Is Related to Social Support in Elderly Osteoporosis Patients in a Chinese Population. *Plos One*, 10 (6), e0127849. Doi: 10.1371/journal.pone.0127849.
- Machado, A. (2013). Dieta mediterrânea: a dieta que protege? *Revista portuguesa de medicina geral e família*, 29 (4), 265-7. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S218251732013000400011.
- Machón, M., Larrañaga, I., Dorronsoro, M., Vrotsou, K., & Vergara, I. (2017). Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. *BMC Geriatrics*, 17(1). doi:10.1186/s12877-016-0410-3.
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz, Rio Claro*, 16 (4), 1024-1032. Doi: 10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024.
- Macovei, S., Tufan, A. A., & Vulpe, B. L. (2014). Theoretical Approaches to Building a Healthy Lifestyle through the Practice of Physical Activities. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 117 (19), 86–91. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.183.
- Malafaia, G. (2008). Implicações da imunossenescência na vacinação de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11 (3), 433-441. Dóci: 1809-9823.2008.110311.
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C. de, Silva, M. M. A. da, Freitas, M. I. de F., & Barros, M. B. de A. (2017). Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51(suppl 1). Doi:10.1590/s1518-8787.2017051000090.
- Mandrell, B. N., Baker, J., Levine, D., Gattuso, J., West, N., Sykes, A., Gajjar, A., Broniscer, A., & Broniscer, A. (2016). Children with minimal chance for cure: parent proxy of the child's health-related quality of life and the effect on parental physical and mental health during treatment. *Journal of Neuro-Oncology*, 129 (2), 373–381. Doi:10.1007/s11060-016-2187-9.
- Manzoli, L., Villari, P., M Pirone, G., & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 64 (1), 77–94. Doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.031.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores , estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25 (1), 65–74. Doi: 10.1590/S0101-81082003000400008.
- Martins, E. (2013). Constituição e significação de família para idosos institucionalizados: uma visão histórico-cultural do envelhecimento. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13 (1), 215-236. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812013000100014&script=sci_abstract&tlng=en.
- Marques, L. P., Schneider, I. J. C., & d' Orsi, E. (2016). Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (12). Doi:10.1590/0102-311x00143615.
- Marques, E. L. L., & Delfino, T. E. (2016). Contribuições das técnicas de respiração, relaxamento e mindfulness no manejo do estresse ocupacional. *Psicologia.pt*. Recuperado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0965.pdf>.
- Matter, N. J., Franciscatto, C., Nunes, N., Menezes, J., Carpes, P. B. M., & Piccinini, M. M. (2011). Exercício físico na melhor idade. *Revista contexto & saúde*, 10 (20), 963-968.

Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/259477567_Exercicio_fisico_na_melhor_idade.

- Meeks, S., Looney, S. W., Van Hantsma, K., & Teri, L. (2008). BE-ACTIV: A Staff-Assisted Behavioral Intervention for Depression in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 48 (1), 105–114. doi:10.1093/geront/48.1.105.
- Meeks, S., Young, C. M., & Looney, S. W. (2007). Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioural model of depression. *Aging & Mental Health*, 11 (6), 751–760. Doi:10.1080/13607860701546910.
- Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., & Barros, H., Macassa, G., Soares, J. F. J. (2013). Social Support , Socio-Economic Status , Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *Plos One*, 8 (1), e54856. Doi: 10.1371/journal.pone.0054856.
- Mélendez, J. C., Alfonso-Benlliure, V., & Mayordomo, T. (2017). Idle minds are the devil's tools? Coping, depressed mood and divergent thinking in older adults. *Aging and Mental Health*, 1–8. Doi: 10.1080/13607863.2017.1387765.
- Mendes, M. R. R. S. B., Gusmão, J. L., Faro A. C. M., & Leite R. B. C. O. (2005). A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paulista Enfermagem*, 18 (4), 422-426. Doi: 10.1590/S0103-21002005000400011.
- Mendonça, C. R., Rodrigues, R. S., & Zambiasi, R. C. (2000). Açúcar mascavo em geleadas de maçã. *Ciência Rural*, 30 (6), 1053-1058. Doi: 10.1590/S0103-84782000000600022.
- Meneguci, J., Sasaki, J. E., Santos, A., Scatena, L. M., & Damião, R. (2015). Sitting Time and Quality of Life in Older Adults: A Population-Based Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 12 (11), 1513-1519. Doi: 10.1123/jpah.2014-0233.
- Menezes, M. F. G. de, Prado, S. D., Carvalho, M. C. da V. S., & Ferreira, F. R. (2015). Reflexões sobre alimentação saudável para idosos na agenda pública brasileira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (3): 599–610. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14235.
- Menezes, M. F. G., Tavares, E. L., dos Santos, D. M., Targueta, C. L., & Prado, S. D. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 8 (1), 267–275. Doi: 10.1590/S1809-98232010000200011.
- Mesquita, A. C., Chaves, E. C. L., Avelino, C. C. V., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & Carvalho, E. C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21 (2), 07. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0539.pdf.
- Meures, S. T., Benedetti, T, R, B., Mazo, G. Z. (2009). Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz*, 15 (4), 788-796. Recuperado de: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz/article/view/2376/2581>.
- Mezuk, B., Ratliff, S., Concha, J. B., Abdou, C. M., Rafferty, J., Lee, H., & Jackson, J. S. (2017). Stress, self-regulation, and context: Evidence from the health and retirement survey. *SSM - Population Health*, 3, 455–463. Doi: 10.1016/j.ssmph.2017.05.004.

- Milla, P. G., Johns, P.C., Agüero, S.D. (2014) Asociación del consumo de desayuno y la calidad de vida en adultos mayores autónomos chilenos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4):845-50. Doi: 10.3305/nh.2014.30.4.7431.
- Minayo, M.C.S. (1999). *O desafio do conhecimento*. (5ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S., & Coimbra Jr C. E. A. (2002). Introdução - Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões. In M. C. S. Minayo, & C. E. A. Coimbra Jr (orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. (Cap.1, pp. 11-24). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18. Doi: 10.1590/S1413-81232000000100002.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 239-262. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v9n3/02.pdf>.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2015). *Guia alimentar para a população brasileira*. (2ª ed). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/guia-alimentar-para-a-pop-brasileira>.
- Monteiro, C. A., Conde, W. L., Matsudo, S. M., Matsudo, V. R., Bonseñor, I. M., & Lotufo, B. A. (2003). A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996–1997. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 14 (4), 246-254. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v14n4/246-254/en>.
- Monteiro, N. T., & Ceolim, M. F. (2014). Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. *Texto e contexto - enfermagem*, 23 (2), 356–364. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00356.pdf.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., & Moos, B. S. (2007). Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *International Journal of Aging & Human Development*, 62 (1), 39–59. Doi: 10.2190/ENLH-WAA2-AX8J-WRT1.
- Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. P.P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20 (1), 67-73. Recuperado de: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf.
- Moraes, W. M. D., Souza, P. R. M., Pinheiro, M. H. N. P., Irigoyen, M. C., Medeiros, A., & Koike, M. K. (2012). Exercise training program based on minimum weekly frequencies: effects on blood pressure and physical fitness in elderly hypertensive patients. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 16 (2), 114–121. doi:10.1590/s1413-35552012005000013.
- Moreno-Vecino, B., Arija-Blázquez, A., Pedrero-Chamizo, R., Gómez-Cabello, A., Alegre, L. M., ... Pérez-López, F. R. (2017). Sleep disturbance, obesity, physical fitness and quality of life in older women: EXERNET study group. *Climacteric*, 20(1), 72–79. doi:10.1080/13697137.2016.1264934.
- Moriguti, J. C., Lima, N. K. da C., & Ferriolli, E. (2016). Envelhecimento do sistema digestório. In E. V. Freitas & L. P. Y. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, (4ª ed, Cap. 60, pp. 607-611). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Mukamal, K. J., Kuller, L. H., Fitzpatrick, A. L., Longstreht, W. T., Mittleman, M. A., & Siscovick, D. S. (2003). Prospective Study of Alcohol Consumption and Risk of Dementia in Older Adults. *JAMA*, 289 (11), 1405. Doi:10.1001/jama.289.11.1405
- Murakami, L., & Scatollin, F. (2010) Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Medica Herediana*, 21 (1), 18-26. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2010000100004
- Nagai, P. A., Chubaci, R. Y. S., & Neri, A. L. (2012). Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (6), 407-434. Recuperado de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17315/12860>.
- Nahas, V. M., Barros, M. V. G., & Francalassi, V. (2000). O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. *Revista Brasileira de Educação Física e Saúde*, 5 (2), 48-59. Doi: 10.12820/RBAFS.V.5N2P48-59.
- Naughton, M. J., Brunner, R. L., Hogan, P. E., Danhauer, S. C., Brenes, G. A., Bowen, D. J., ... Shumaker, S. A. (2016). Global Quality of Life Among WHI Women Aged 80 Years and Older. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(1), S72–S78. Doi:10.1093/gerona/glv056.
- Neri A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice. In J. N. Rebelatto. *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso (Coord.)*. (2a ed., Cap. 1, pp. 1-36). Barueri: Manole.
- Neri, A. L. (2012). Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. IN A. L. Mery (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (5a ed, Cap1, pp. 11-34). Campinas, Papirus.
- Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2004). *Velhice bem-sucedida Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.
- Neumann, L., Schauren, B. C., & Adami, F. S. (2016). Taste sensitivity of adults and elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (5), 797–808. doi:10.1590/1809-98232016019.150218.
- Neves Neto, A. R. (2011). Técnicas de respiração para a redução do stress em terapia cognitiva-comportamental. São Paulo: *Arquivo Médico Hospitalar Faculdade Ciências Médicas Santa Casa*. Recuperado de: em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf>.
- Noronha, P. A. (2012). Aspectos biológicos do envelhecimento e sua repercussão na prática clínica. In F. G. Kaufman. (Coord.). *Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas*. (Cap. 3, pp. 69-79). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Nijs, J., Kosek, E., Oosterwijck J. V., & Meeus M. (2012). Dysfunctional Endogenous Analgesia During Exercise in Patients with Chronic Pain: To Exercise or Not to Exercise? *Pain Physician*, 15 (3). ES205-ES213. Recuperado de: <http://www.painphysicianjournal.com/linkout?issn=1533-3159&vol=15&page=ES205>.
- Oliveira, A. C. de, Oliveira, N. M. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (2), 301–312. doi:10.1590/s1809-98232010000200014.
- Olmedo-Alguacil, M. M., Ramírez-Rodrigo, J., Villaverde-Gutiérrez, C., Sánchez-Caravaca, M. A., Aguilar Ferrándiz, E., & Ruiz-Villaverde, A. (2016). Health-Related Quality of

- Life, Gender, and Culture of Older People Users of Health Services in the Multicultural Landscape of the City of Ceuta (Spain). *Journal of Transcultural Nursing*, 27 (6), 603–610. doi:10.1177/1043659615597042
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (2004). *WHOQOL-Old: Manual*. Brasil: OMS. Recuperado de: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl_2_final.pdf
- Orem, D.E. (1980). *Nursing: concepts of practice*. (2. ed.). New York: McGraw-Hill.
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63 (9), 2367–2380. Doi:10.1016/j.socscimed.2006.06.017.
- Pakiz, B., Ganz, P. A., Sedjo, R. L., Flatt, S. W., Demark-Wahnefried, W., Liu, J., ... Rock, C. L. (2015). Correlates of quality of life in overweight or obese breast cancer survivors at enrollment into a weight loss trial. *Psycho-Oncology*, 25 (2), 142–149. doi:10.1002/pon.3820.
- Pan, W. C., Ma, Q., Sun, H.P., Xu, Y., Luo, N., & Wang P. (2017). Tea consumption and health-related quality of life in older adults. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 16 (5), 1-7. Doi: 10.1007/s12603-016-0784-0.
- Papalia, D. E., & Fieldman, R. D. (2013) *Desenvolvimento Humano*. (12a ed). Porto Alegre: AMGH.
- Papaléo Netto, M. (2016) . O Estudo da Velhice: Histórico, definição do Campo e termos Básicos . In E. V., Freitas, & L. Py (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4a ed., Cap 1, pp. 3-13). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., & Jones, W. (1988). Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27 (1), 90. Dóci:10.2307/1387404.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 513-517. Doi: 10.1590/S0103-166X2007000400010.
- Paschoal, S. M. P. (2016) . Qualidade de Vida na Velhice. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4a ed., Cap. 7, pp. 79-86). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paula, G. R., Souza, B. N., Santos, L. F., Barbosa, M. A., Brasil, V. V., & Oliveira, L. M. A. C. (2016). Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (2), 242-249. Doi: 10.1590/0034-7167.2016690206i.
- Peixoto, C. (2006). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, Terceira Idade. In M. M. L. de Barros (Coord.). *Velhice ou Terceira Idade?* (4a ed., Cap. 4, pp. 69-83). Rio de Janeiro: FGV.

- Pepino, M. Y., & Klein, S. (2014). Response to Comment on Pepino et al. Sucralose Affects Glycemic and Hormonal Responses to an Oral Glucose Load. *Diabetes*, 37 (6), e149–e149. Doi:10.2337/dc14-0268.
- Pepino, M. Y., Tiemann, C. D., Patterson, B. W., Wice, B. M., & Klein, S. (2013). Sucralose Affects Glycemic and Hormonal Responses to an Oral Glucose Load. *Diabetes Care*, 36 (9), 2530–2535. Doi:10.2337/dc12-2221.
- Perales, F., del Pozo-Cruz, J., del Pozo-Cruz, J., & del Pozo-Cruz, B. (2014). On the associations between physical activity and quality of life: findings from an Australian nationally representative panel survey. *Quality of Life Research*, 23 (7), 1921–1933. Doi:10.1007/s11136-014-0645-4.
- Pereira, A. M. V. B., Schneider, R. H., & Schwanke, C. H. A. (2009). Geriatria, uma especialidade centenária. *Scientia Medica*, 19 (4), 154-161. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/scientiamedica/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/6253/4734>.
- Pereira, I. F. S., Spyrides, M. H. C., & Andrade, L. M. (2016). Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (5), e00178814. Doi: 10.1590/0102-311X00178814.
- Pereira, R. C. A., Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2013). O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17 (45), 327–340. Doi:10.1590/s1414-32832013005000006
- Pereira, S. R. M. (2016). Fisiologia do envelhecimento. In E. V. Freitas, & L. Py (orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4a ed., Cap. 14, pp. 139-150). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Phillips, S. M., Wójcicki, T. R., & McAuley, E. (2014). Physical Activity and Quality of Life in Older Adults: An 18- Month Panel Analysis. *Quality of Life Research*, 22 (7), 1647–1654. Doi: 10.1007/s11136-012-0319-z.
- Pilleti, N., Rossato, M., & Rossato G. (2014). *Psicologia do desenvolvimento*. São Paulo: Contexto.
- Pôrto, E. F., Kumpel, C., Castro, A. D., Oliveira I. M., & Alfier F. M. (2015). Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. *Acta Fisiátrica*, 22 (4), 199-205. Doi: 10.5935/0104-7795.20150038.
- Porto, D. B., Guedes, D.P., Fernandes. R. A., & Reichert, F. F. (2012). Perceived quality of life and physical activity in Brazilian older adults. *Motricidade*, 8 (1), 33-41. Doi: 10.6063/motricidade.8(1).237.
- Proença, R. P. C., & Silveira, B. M. (2012). Recomendações de ingestão e rotulagem de gordura trans em alimentos industrializados brasileiros: análise de documentos oficiais. *Revista de Saúde Pública*, 46 (5), 923-28. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/20.pdf>.
- Pozena, R., & Cunha, N. F. S. (2009). Projeto "Construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária". *Saude soc.*, 18 (1), 52-56. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000500009&script=sci_abstract&tlng=pt.

- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Almeida Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 157-154. Doi: 10.12707/RIV14081.
- Reichert, F. F., Barros, A. J. D., Domingues, M. R., & Hallal, P. C. (2007). The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. *American Journal of Public Health*, 97 (3), 515–519. doi:10.2105/ajph.2005.070144.
- Reichstadt, J., Sengupta, G., DePp, C. A., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2010). Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative. *The American Journal Geriatric Psychiatry*, 18 (7), 567–575. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593659>.
- Reis, L. A., & Menezes, T. M. O. (2017). Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70 (4), 761-6. Doi: 10.1590/0034-7167-2016-0630.
- Reynolds, G. O., Otto, M. W., Ellis, T. D., & Cronin-Golomb, A. (2015). The Therapeutic Potential of Exercise to Improve Mood, Cognition, and Sleep in Parkinson's Disease. *Movement Disorders*, 31(1), 23–38. doi:10.1002/mds.26484 .
- Ribeiro, M. dos S., Borges, M. da S., Araújo, T. C. C. F. de, & Souza, M. C. dos S. (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (6), 869–877. doi:10.1590/1981-22562017020.170083.
- Ribeiro, A. Q., Salgado, S. M. L., Gomes, I. S., Fogal, A. S., Martinho, K. O., Almeida, L. F. F., & Oliveira, W. C. de. (2016). Prevalence and factors associated with physical inactivity among the elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 483–493. doi:10.1590/1809-98232016019.150047.
- Ribeiro, J. A. B., Cavalli, A. S., Cavalli, M. O., Pogorzelski, L. de V., Prestes, M. R., & Ricardo, L. I. C. (2012). Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte*, 34 (4), 969–984. Doi:10.1590/s0101-32892012000400012.
- Roberts, C. K., Hevener, A. L., Barnard, R. J. (2013). Metabolic Syndrome and Insulin Resistance: Underlying Causes and Modification by Exercise Training. *Comprehensive Physiology*, 3 (1), 1–58. Doi: 10.1002/cphy.c110062.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21 (6), 739–748. Dói:10.1590/s1415-52732008000600012.
- Rubio , L., Dumitrache, C. G., García, A. J., & Córdón-Pozo, E. (2016). Coping strategies in Spanish older adults: a MIMIC model of socio-demographic characteristics and activity level. *Aging and Mental Health*, 22 (2), 226–232. Doi: 10.1080/13607863.2016.1247416.
- Rothberg, A. E., McEwen, L. N., Kraftson, A. T., Neshewat, G. M., Fowler, C. E., Burant, C. F., & Herman, W. H. (2013). The impact of weight loss on health-related quality-of-life: implications for cost-effectiveness analyses. *Quality of Life Research*, 23 (4), 1371–1376. doi:10.1007/s11136-013-0557-8
- Saito, I., Okamura, T., Fukuhara, S., Tanaka, T., Suzukamo, Y., Okayama, A., & Ueshima, H. (2005). A Cross-sectional Study of Alcohol Drinking and Health-related Quality of Life among Male Workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 47 (6), 496–503.

Doi:10.1539/joh.47.496.

- Sakamoto, N., Takiguchi, S., Komatsu, H., Okuyama, T., Nakaguchi, T., Kubota, Y., ... Akechi, T. (2017). Supportive care needs and psychological distress and/or quality of life in ambulatory advanced colorectal cancer patients receiving chemotherapy: a cross-sectional study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 47(12), 1157–1161. doi:10.1093/jjco/hyx152.
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks: Sage
- Salvador, E. P., Reis, R. S., & Florindo, A. A. (2009). A prática de caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 14 (3), 197-205. Recuperado de: http://www.each.usp.br/gepaf/artigos/caminh_desloc_percep_ambiente_idosos.pdf
- Sant'Anna, D. (2003). Bom para os olhos, bom para o estômago: o espetáculo contemporâneo da alimentação. *Pro-Posições*, 14, (2), 41-52. Recuperado de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643883/11353>.
- Santos, R. R., Bicalho, M. A. C., Mota, P., Oliveira, D. R., & Moraes, E. N. (2013). Obesidade em idosos. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23 (1), 62-71.
- Santos, Z. M. S. A., Martins, J. O., Frota, N. M., Caetano, J. A., Moreira, R. A. N., & Barros, L. M. (2012). Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 747-754. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/13.pdf>.
- Santos, M. S., Neri, I. S., Luz, M. H. B. A., Brito, C. M. S., & Bezerra, S. G. (2011). Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (3), 465-71. Doi: 10.1590/S0034-71672011000300009.
- Santos, G. D., & Ribeiro, S. M. L. (2011). Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um Centro de Convivência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (2), 319-328. Doi:10.1590/S1809-98232011000200012.
- Santos, A. F. de O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: estresse, enfrentamento e qualidade de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (3), 543–548. doi:10.1590/s0102-37722010000300017.
- Santos, L. A. S. (2008). *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA.
- Schaie, K.W., & Willis, S.L. (1996). Learning and memory: Acquiring and retaining information. In K. W. Schaie, & S. L. Willis (Ed.). *Adult Development and Aging*. New York: Harper Collins Publisher.
- Sharp, L., O'Leary, E., O'Ceilleachair, A., Skally, M., & Hanly, P. (2018). Financial Impact of Colorectal Cancer and Its Consequences. *Diseases of the Colon & Rectum*, 61(1), 27–35. doi:10.1097/dcr.0000000000000923.
- Scheffer, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593. Doi: 10.1590/S0103-166X2008000400013.

- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 580-588. Doi: 10.1590/S0102-311X2004000200027.
- Selye, H. (1956). *The Stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Scherer, R., Scherer, F., Conde, S. R., & Dal Bosco, S. M. (2013). Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (4), 769-779. Doi:10.1590/s1809-98232013000400011.
- Searson, R., Hendry, A. M., Ramachandran, R., Burns, A., & Purandare, N. (2008). Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers. *Aging & Mental Health*, 12 (2), 276-282. Doi:10.1080/13607860801956977.
- Sfez, L. (1996). *A saúde perfeita. Crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Unimarco / Loyola.
- Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., Tucker, K. L., Keller, H. H., Freund-levi, Y., & Meydani, S. N. (2017). Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease 1, 2. *American Society for Nutrition*, 8 (4), 17-26. Doi: 10.3945/an.116.013474.
- Silberg, J., Rutter, M., Neale, M., & Eaves, L. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 179, 116-121. Doi: 10.1192/bjp.179.2.116.
- Silva, G., Braga do Nascimento, F. A., Macêdo, T., Aguiar Pessoa Morano, M. T., Mesquita, R., & Pereira, E. D. B. (2018). Religious coping and religiosity in patients with COPD following pulmonary rehabilitation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Volume 13, 175-181. doi:10.2147/copd.s146400.
- Silva, E. A. L., & Elali, G. A. (2015). O papel das praças para o envelhecimento ativo sob o ponto de vista dos especialistas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10 (2), 392-396. Recuperado de: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/Ribeiro%20da%20Silva%2C%20Elali/1054.
- Silva, N. de A., Pedraza, D. F., & Menezes, T. N. de. (2015). Desempenho funcional e sua associação com variáveis antropométricas e de composição corporal em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (12), 3723-3732. doi:10.1590/1413-812320152012.01822015.
- Silva, M. F., Goulart, M. B. A., Lanferdini, F. J., Marcon, M., & Dias, C. P. (2012). Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 15 (4), 635-642. Doi: 10.1590/S1809-98232012000400004.
- Silva, A. C. dos S., & Santos, I. dos. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de nola pender. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19 (4), 745-753. Doi:10.1590/s0104-07072010000400018.
- Silva, L. R. F. (2008). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15 (10), 155-168. Doi: 10.1590/S0104-59702008000100009.
- Silva, J. D. T., Muller, M. C., & Bonamigo, R. R. (2006). Coping strategies and stress levels in patients with psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), 143-9. Doi: 10.1590/S0365-05962006000200005.

- Silvestre, J. A., & Costa Neto, M. M. da. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 839–847. Doi:10.1590/s0102-311x2003000300016.
- Sirola, J., Pitkala, K. H., Tilvis, R. S., Miettinen, T. A., & Strandberg, T. E. (2011). Definition of frailty in older men according to questionnaire data (RAND-36/SF-36): The Helsinki Businessmen study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 15 (9), 783–787. Doi:10.1007/s12603-011-0131-4.
- Smith, G. L., Banting, L., Eime, R., O’Sullivan, G., & Uffelen, J. G. Z. Van. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14 (1): 56. Doi: 10.1186/s12966-017-0509-8.
- Sorato, D. B., & Osório, F. L. (2014). Coping, psychopathology, and quality of life in cancer patients under palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 13 (03), 517–525. doi:10.1017/s1478951514000339.
- Souza, A. A. C., Campos, K., Panhoca, I. (2016). Conhecimento e acesso de idosos ao serviço de geriatria de Mogi das Cruzes/SP. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 29 (4): 490-495. Doi: 10.5020/18061230.2016.490.
- Souza, M. A. H., Porto, E. F., Souza, E. L., Silva, K. I., (2016). Perfil do estilo de vida de longevos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (5), 819-826. Doi: 10.1590/1809-98232016019.150224.
- Souza, N. L. S. A., & Araújo, C. L.O. (2015). Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. *Revista Kairós Gerontologia*, 18 (2), 149-165. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/viewFile/26430/1852>.
- Sousa, E. M. da S., & Oliveira, M. C. C. (2015). Viver a (e para) aprender: uma intervenção para a promoção do envelhecimento ativo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (2), 405–415. Doi:10.1590/1809-9823.2015.14055.
- Souza, R. A., Costa, G. D. da, Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O., & Oliveira, M. A. de C. (2014). Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48 (3), 469–476. Doi:10.1590/s0080-623420140000300012.
- Souza, L. M. de, & Lautert, L. (2008). Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 42 (2), 371–376. Doi:10.1590/s0080-62342008000200022.
- Stival, M. M., Lima, L. R., & Karnikowski, M. G. O. (2015). Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 18 (2), 433–442. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14023.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80 (1), 99-103. Doi: 10.1207/S15327752JPA8001_18.
- Styliadis, C., Kartsidis, P., Paraskevopoulos, E., Ioannides, A. A., & Bamidis, P. D. (2015). Neuroplastic Effects of Combined Computerized Physical and Cognitive Training in Elderly Individuals at Risk for Dementia : An eLORETA Controlled Study on Resting States. *Neural Plasticity*, 2015: 172192. Doi: 10.1155/2015/172192.

- Svantesson, U., Jones, J., Wolbert, K., & Alricsson, M. (2015). Impact of Physical Activity on the Self-Perceived Quality of Life in Non-Frail Older Adults. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7 (8), 585–593. Doi: 10.14740/jocmr2021w.
- Taheri, M., Mohammadi, M., Paknia, B., & Mohammadbeigi, A. (2013). Tropical Medicine & Surgery Elderly Awareness on Healthy Lifestyle during Aging. *Tropical Medicine and Surgery*, 1 (5), 1000139. Doi: 10.4172/2329-9088.1000139.
- Tavares, D. M. dos S., & Dias, F. A. (2012). Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21 (1), 112–120. Doi:10.1590/s0104-07072012000100013.
- Thomas, J. R., Nelson, J. K., & Silverman, S. J. (2012). *Métodos de pesquisa em atividade física*. (5a ed.) São Paulo: Artmed.
- Teixeira, C. V. L., Rezende, T. J. R., Weiler, M., H, N. M., Campos, B. M., Pegoraro, L. F. L., & Balthazar, M. L. F. (2016). Relation between aerobic fitness and brain structures in amnesic mild cognitive impairment elderly. *AGE*, 38 (3), 51. Doi: 10.1007/s11357-016-9912-3.
- UFJF, Universidade Federal de Juiz de Fora. (2012). *Relatório socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora*. Relatório executivo. Pró-reitoria de extensão. Centro de pesquisas sociais. Recuperado de: <http://www.ufjf.br/arquivodenoticias/files/2012/12/Relatorio-executivo-Diag-Pop-Idosa-JF.pdf>.
- Vagheti, G. C., Oliveira, V. Silva, M. P., Pacífico, A. B., Costa, T. R. A., & Campos, W. (2017). Associação do índice de massa corporal com a aptidão funcional de idosas participantes de um programa de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (2), 216-227. Doi: 10.1590/1981-22562017020.160160.
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 18 (4), 809–819. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14042.
- Vargas, N. S. (2012). Conjugalidade e envelhecimento. In F. G. Kaufman (Coord.). *Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Veal, A. (1993). The Concept of Lifestyle : A Review. *Leisure Studies*, 12 (4), 233–252. Doi: 10.1080/02614369300390231.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (3), 246-52. Doi: 10.1590/S1415-790X2005000300006.
- Veras, R. P. (2012). Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, 28 (10), 1834–1840. Doi:10.1590/s0102-311x2012001000003.
- Viana, M. R., Neves, A. S., Cmargo Jr., Prado, S. D., & Mendonça, A. L. O. (2017). A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2), 447-456. Doi: 10.1590/1413-81232017222.25432015.
- Viebig, R. F., Pastor-Valero, M., Scazufca, M., & Menezes, P. R. (2009). Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 806–813. Doi:10.1590/s0034-89102009005000048.

- Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Acta Paul Enferm*, 25 (1), 136-142. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_21.pdf.
- Vitorino, L. M., Low, G., & Vianna, L. A. C. (2016). Linking Spiritual and Religious Coping With the Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults and Nursing Home Residents. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 233372141665814. Doi:10.1177/2333721416658140.
- Vivan, A. de S., & Argimon, I. I. de L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), 436–444. doi:10.1590/s0102-311x2009000200022.
- Walsh, R. (2011). Lifestyle and Mental Health. *American Psychologist*, 66 (7), 579–592. Doi: 10.1037/a0021769.
- Wanderley, F. A. C., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J., & Carvalho, J. (2011). Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 20 (9), 1371–1378. doi:10.1007/s11136-011-9875-x.
- Ware, J. E., & Sherbourne C. D. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. *Medical Care*, 30 (6), 473-483. Recuperado em <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>.
- Wathier, J. L., Giacomoni, C. H., & Dell'Aglio, D. D. (2007). Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente ativos. *Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento*, 12 (1), 35–52. Recuperado de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4978/2847>.
- WHO, World Health Organization (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health 65 years and above*. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.
- WHO, World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: WHO. Recuperado de: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf?ua=1
- WHO, World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Genebra: WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- WHO, World Health Organization. (1996). WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. (Field trial version). Geneva: WHO. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
- WHOQOL, The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 10 (41), 1403-9. Doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652–669. Doi:10.1080/13607861003713232.

- Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2806–2813. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x.
- Zaragoza-Martí, A., Ferrer-Cascales, R., Hurtado-Sánchez, J. A., Laguna-Pérez, A., & Cabañero-Martínez, M. J. (2018). Relationship Between Adherence to the Mediterranean Diet and Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction Among Older Adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22 (1), 89–96. doi:10.1007/s12603-017-0923-2.
- Zhang, J., & Wu, L. (2015). Cigarette Smoking and Alcohol Consumption among Chinese Older Adults: Do Living Arrangements Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12 (1), 2411–2436. Doi: 10.3390/ijerph120302411.
- Zhang, M., Simon, M. A., & Dong, X. (2014). The Prevalence of Perceived Stress among U.S. Chinese Older Adults. *AIMS Medical Science*, 1 (1), 40–56. Doi: 10.3934/medsci.2014.1.40.
- Zimmerman, I. G. (2000). *Velhice: aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas Sul.

ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estilo e Qualidade de vida de idosos: Uma investigação quanti-qualitativa

Pesquisador: Maria Elza Caputo Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68391217.7.0000.5147

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.250.480

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

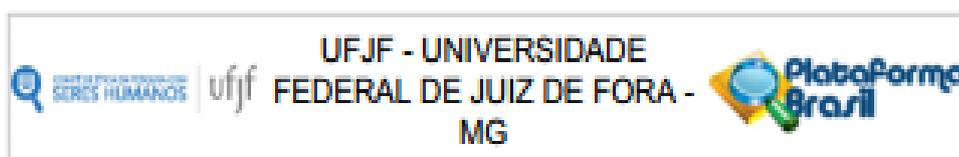
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III, III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2103-3788 **Fax:** (32)2103-3788 **E-mail:** cep.proposq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.266.486

éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória, bem como a folha de rosto estão presentes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_913455.pdf	09/08/2017 20:45:40		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/08/2017 20:42:19	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	12/07/2017 13:42:50	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	12/07/2017 13:42:22	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	12/07/2017 13:41:37	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	Termo_da_sigilo.pdf	14/05/2017 00:04:59	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KILMER SN
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)2102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO II

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **"Estilo e Qualidade de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa"**. Nesta pesquisa pretendemos analisar a qualidade e o estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG. O motivo que nos leva a estudar é o crescimento acelerado da população de idosos do município que nos trás a necessidade de compreender a percepção de qualidade de vida e do estilo de vida deste público.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) caso aceite o nosso convite, irá responder a um questionário que avalia a sua Qualidade de Vida, bem como um questionário sociodemográfico e a um socioeconômico. O senhor poderá ser contatado posteriormente para uma entrevista em relação ao seus hábitos e estilo de vida. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos e restringe-se ao sigilo a identificação e as informações referentes aos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade, assegurando o anonimato dos dados individuais.

A pesquisa contribuirá para promover um maior interesse e compreensão de como o estilo de vida de idosos influencia na percepção de qualidade de vida deste público. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Estudos do Corpo – Faculdade de Educação Física e Desportos – UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **"Qualidade e estilo de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa"** de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ENDEREÇO: LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO CORPO – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – UFJF – RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N – CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BAIRRO SÃO PEDRO - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-330
FONE: (32) 9945 0590 / E-MAIL: CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM.BR

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO III

Questionário de Perfil Socioeconômico

ITENS DE CONFORTO	Não possui	1	2	3	4+
QUANTIDADE DE AUTOMÓVEIS DE PASSEIO EXCLUSIVAMENTE PARA USO PARTICULAR					
QUANTIDADE DE EMPREGADOS MENSALISTAS, CONSIDERANDO APENAS OS QUE TRABALHAM PELO MENOS CINCO DIAS POR SEMANA					
QUANTIDADE DE MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA, EXCLUINDO TANQUINHO					
QUANTIDADE DE BANHEIROS					
DVD, INCLUINDO QUALQUER DISPOSITIVO QUE LEIA DVD E DESCONSIDERANDO DVD DE AUTOMÓVEL					
QUANTIDADE DE GELADEIRAS					
QUANTIDADE DE FREEZERS INDEPENDENTES OU PARTE DA GELADEIRA DUPLEX					
QUANTIDADE DE MICROCOMPUTADORES, CONSIDERANDO COMPUTADORES DE MESA, LAPTOPS, NOTEBOOKS E NETBOOKS E DESCONSIDERANDO TABLETS, PALMS OU SMARTPHONES					
QUANTIDADE DE LAVADORA DE LOUÇAS					
QUANTIDADE DE FORNOS DE MICRO-ONDAS					
QUANTIDADE DE MOTOCICLETAS, DESCONSIDERANDO AS USADAS EXCLUSIVAMENTE PARA USO PROFISSIONAL					
QUANTIDADE DE MÁQUINAS SECADORAS DE ROUPAS, CONSIDERANDO LAVA E SECA					

A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE?

1	REDE GERAL DE DISTRIBUIÇÃO
2	POÇO OU NASCENTE
3	OUTRO MEIO

CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É:

1	ASFALTADA/PAVIMENTADA
2	TERRA/CASCALHO

QUAL É O GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA? CONSIDERE COMO CHEFE DA FAMÍLIA A PESSOA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARTE DA RENDA DO DOMICÍLIO.

NOMENCLATURA ATUAL	NOMENCLATURA ANTERIOR
ANALFABETO / FUNDAMENTAL I INCOMPLETO A	ANALFABETO/PRIMÁRIO INCOMPLETO
FUNDAMENTAL I COMPLETO / FUNDAMENTAL II INCOMPLETO	PRIMÁRIO COMPLETO/GINÁSIO INCOMPLETO
FUNDAMENTAL COMPLETO/MÉDIO INCOMPLETO	GINÁSIO COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO
MÉDIO COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO	COLEGIAL COMPLETO/SUPERIOR INCOMPLETO
SUPERIOR COMPLETO	SUPERIOR COMPLETO

ANEXO IV

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36**1- EM GERAL VOCÊ DIRIA QUE SUA SAÚDE É:**

<u>EXCELENTE</u>	<u>MUITO BOA</u>	<u>BOA</u>	<u>RUIM</u>	<u>MUITO RUIM</u>
1	2	3	4	5

2- COMPARADA HÁ UM ANO, COMO VOCÊ SE CLASSIFICARIA SUA IDADE EM GERAL, AGORA?

<u>MUITO MELHOR</u>	<u>UM POUCO MELHOR</u>	<u>QUASE A MESMA</u>	<u>UM POUCO PIOR</u>	<u>MUITO PIOR</u>
1	2	3	4	5

3- OS SEGUINTE 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?

<u>ATIVIDADES</u>	<u>SIM, DIFICULTA MUITO</u>	<u>SIM, DIFICULTA UM POUCO</u>	<u>NÃO, NÃO DIFICULTA DE MODO ALGUM</u>
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 OU 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 SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU COM ALGUMA ATIVIDADE REGULAR, COMO CONSEQUÊNCIA DE SUA SAÚDE FÍSICA?

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>
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 SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU OUTRA ATIVIDADE REGULAR DIÁRIA, COMO CONSEQUÊNCIA DE ALGUM PROBLEMA EMOCIONAL (COMO SE SENTIR DEPRIMIDO OU ANSIOSO)?

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>
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 TRANQUILO?	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 ADOECER 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

ANEXO V

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Qualidade e estilo de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa". Nesta pesquisa pretendemos analisar a qualidade e o estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG. O motivo que nos leva a estudar é o crescimento acelerado da população de idosos do município que nos trás a necessidade de compreender a percepção de qualidade de vida e do estilo de vida deste público.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) caso aceite o nosso convite, será entrevistado por meio de um questionário que contém perguntas em relação a sua alimentação, atividade física e os aspectos psicológicos e sociais da sua vida. Esta entrevista será gravada para que seja possível a análise dos dados. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos e restringe-se ao sigilo a identificação e as informações referentes aos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade, assegurando o anonimato dos dados individuais. A pesquisa contribuirá para promover um maior interesse e compreensão de como o estilo de vida de idosos influencia na percepção de qualidade de vida deste público. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Estudos do Corpo – Faculdade de Educação Física e Desportos – UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Qualidade e estilo de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
 ENDEREÇO: LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO CORPO – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – UFJF – RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N – CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BAIRRO SÃO PEDRO – JUIZ DE FORA (MG) – CEP: 36036-330
 FONE: (32)9945 0590 / E-MAIL: CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM.BR

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE I

Questionário sociodemográfico

A	<u>NOME:</u>					
B	<u>DATA DE NASCIMENTO:</u>		<u>IDADE:</u>			
C	<u>TELEFONE CELULAR:</u>		<u>TELEFONE RESIDENCIAL:</u>			
D	<u>PESO:</u>		<u>ALTURA:</u>			
E	<u>SEXO:</u>		<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO			
F	<u>ESTADO CIVIL</u>		1	SOLTEIRO (A)	3	CASADO (A) / UNIÃO DE FATO
			2	VIÚVO (A)	4	DIVORCIADO (A)/SEPARADO (A)
G	<u>ETNIA</u>		1	NEGRO(A)	4	PARDO(A)
			2	AMARELO(A)	5	INDÍGENA
			3	BRANCO(A)		
H	<u>QUANTAS PESSOAS MORAM COM VOCÊ?</u>					
I	<u>COM QUEM MORA?</u>		1	SOZINHO(A)	4	COM NETOS (AS)
			2	COM ESPOSO(A)	5	OUTROS. QUAIS?
			3	COM FILHOS (AS)		_____
J	<u>VOCÊ TRABALHA?</u>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APOSENTADO (A)			
L	<u>QUANTAS HORAS SEMANAIS VOCÊ TRABALHA?</u>					
M	<u>DOENÇAS DIAGNOSTICADAS:</u>		1	HIPERTENSÃO	7	DOENÇAS DO CORAÇÃO
			2	GASTRITE	8	DOENÇAS RENAIS
			3	DIABETES MELLITUS	9	ASMA/BRONQUITE
			4	COLESTEROL	10	DEPRESSÃO
			5	ARTRITE/ARTROSE	11	SEM DOENÇAS
			6	CÂNCER	12	OUTRAS. QUAIS?
N	<u>FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA?</u>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		N.1. QUAL A FREQUÊNCIA SEMANAL QUE O SENHOR (A) FAZ USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS?	
			<input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> ÀS VEZES <input type="checkbox"/> SEMPRE			
O	<u>FAZ USO DE CIGARROS?</u>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		O.1. QUAL A FREQUÊNCIA SEMANAL O SENHOR (A) FAZ USO DE CIGARROS:	
			<input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> ÀS VEZES <input type="checkbox"/> SEMPRE			
P	<u>VOCÊ PRÁTICA ALGUM EXERCÍCIO FÍSICO?</u>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		P.1. QUAL O TIPO DE EXERCÍCIO?	
					P.2. QUAL A FREQUÊNCIA SEMANAL?	

Q	<u>COMO VOCÊ AVALIA</u>	1	RUIM	4	MUITO BOM
	<u>O SEU ESTADO DE</u>	2	BOM	5	MÉDIO
	<u>SAÚDE ATUAL?</u>	3	INSATISFATÓRIO	6	EXCELENTE

APÊNDICE II

Entrevista semiestruturada

Identificação:

Nome:

Sobre comportamento preventivo

- a. Você se preocupa com a prevenção de doenças?
- b. Quais comportamentos você adota para ter uma boa saúde?
- c. Caso não se preocupe com a prevenção de doenças, por qual motivo não se preocupa?

Sobre alimentação:

- a. Para você, o que é uma alimentação saudável?
- b. Como é a sua alimentação?
- c. Você considera a sua alimentação saudável?
- d. Se não considera, por qual motivo você não adere uma alimentação saudável?

Sobre Exercícios físicos:

- a. Você pratica algum tipo de exercício físico?
- b. Se não pratica, quais motivos faz com que você não seja adepto (a) a prática exercícios?
- c. Se pratica algum exercício, qual exercício e com que frequência pratica?
- d. Quando começou a praticar exercícios físicos?
- e. Você sente que existe benefícios na prática de exercícios? Quais?

Sobre os Relacionamentos:

- a. Com que frequência sai de casa?
- b. Quais os locais que gosta de frequentar? Com que frequência?
- c. Como você descreve a sua relação com a sua família?
- d. Você tem amigos? Os encontra? Com que frequência?
- e. Você possui atividades de lazer? Quais?

Sobre o controle de estresse

- a. O que você entende como estresse?
- b. Você se considera uma pessoa que sofre de estresse? Por que?
- c. Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?
- d. Como você lida com os seus problemas?
- e. Você tem algum hábito ou prática alguma atividade a fim de controlar o estresse? Quais?