

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

MARIA SOCORRO DE SOARES ARCOVERDE

**ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR:
PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE
ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

Porto Alegre – RS, 2014

MARIA SOCORRO DE SOARES ARCOVERDE

**ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS
IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/DINTER, para a obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Linha de Pesquisa: Aspectos Socioculturais, Demográficos e Bioéticos no Envelhecimento.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre-RS, 2014

DADOS DE CATALOGAÇÃO

S676a Soares, Maria Socorro de

Assistência domiciliária e hospitalar: percepção de pessoas idosas sobre espiritualidade e qualidade de vida / Maria Socorro de Soares. - Porto Alegre: PUCRS, 2014.

142 f.: il.; tab. Inclui artigo submetido para publicação.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. QUALIDADE DE VIDA. 2. ESPIRITUALIDADE. 3. SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS. 4. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. 5. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR. 6. ESTUDO TRANSVERSAL, DE CUNHO DESCRITIVO, ANALÍTICO, COM UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA. I. Goldim, José Roberto. II. Título.

Isabel Merlo Crespo
Bibliotecária CRB 10/1201

MARIA SOCORRO DE SOARES ARCOVERDE

**ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS
IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/DINTER, para a obtenção de título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Marcio de Lima Coutinho – UNIPE/PB

Prof^a. Dra. Livia Haygert Pithan – FADIR-IB/PUCRS

Prof^o. Dr. Rodolfo Herberto Schneider – IGG/PUCRS

Prof^a. Dr^a. Irani de Lima Argimon- IGG/PUCRS/Suplente

Dedico esta tese ao meu inesquecível pai **Martiliano** (*in memoriam*), força e luz na minha vida e à minha querida e estimada mãe **Letícia**, exemplo de fé e doçura. Em seu nome, estendo todo o meu carinho e agradecimento às **pessoas idosas** participantes deste estudo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao DEUS que creio e que me concedeu a vida e o saber para sempre lutar, principalmente, por aqueles que trilham as suas vidas, cheios de sonhos, conquistas, e muitos desafios;

Ao Prof. Dr. José Roberto Goldim, minha gratidão pelos seus ensinamentos constantes e orientação desta tese que, com sua sabedoria, conduziu-me de modo sensível, racional na realização deste trabalho;

Ao meu querido e estimado marido Kleberto Arcoverde pelo incentivo, e compreensão, sempre fortalecendo minha caminhada, principalmente nas minhas ausências do aconchego do nosso lar.

Aos meus familiares, irmãos, cunhadas(os), sobrinhos e amigos, pelo apoio e incentivo e de sempre promover possibilidade de compartilhar experiências da minha vida, em especial à Jussara Lima Soares pelas contribuições deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, pelos conhecimentos e experiências compartilhados;

A Nair Mônica Ribascik do Nascimento, secretária do IGG/PUCRS, pelo apoio e dedicação ao Programa;

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo auxílio financeiro;

À Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, pelo apoio e incentivo;

À professora Dr^a. Nilsamira da Silva Oliveira, Coordenadora operacional do DINTER, que soube conduzir esse programa com equilíbrio e sabedoria;

À professora Icléia Honorato da Silva Carvalho pelo apoio, como gestora, apesar dos desafios sempre lutou em prol de conquistas para nossa Escola;

Ao Serviço Médico Hospitalar da Associação dos Fiscais de Renda e Agentes Fiscais do estado da Paraíba - AFRAFEP e ao Hospital Memorial São Francisco da cidade de João Pessoa-Paraíba pela aceitação e a credibilidade na minha pesquisa;

Aos meus colegas e servidores da Escola Técnica de Saúde, colegas doutorandos, àqueles que souberam partilhar momentos de desafios e de esperança, todo o meu carinho em especial à Cacilda Chaves Morais de Lima por nossa convivência sólida e experiências compartilhadas;

À Isabel Catani e D. Geni, pelas amizades acolhedoras em terras gaúchas nos ensinando uma das lições mais importantes da vida: o acolhimento, a simplicidade e a grandeza espiritual de se viver feliz ante as adversidades da vida;

RESUMO

A espiritualidade e a qualidade de vida, nos últimos anos, vêm tendo crescente importância no contexto do cuidado, principalmente em situações de agravos à saúde e, em especial, na velhice. Diante deste cenário, este estudo objetivou analisar a espiritualidade e a qualidade de vida em pessoas idosas submetidas à assistência domiciliária e hospitalar por meios da Saúde Suplementar. Para atingir este objetivo, utilizou-se de um estudo transversal, de cunho descritivo, analítico, com uma abordagem quantitativa em uma amostra de 60 pessoas idosas, na cidade de João Pessoa-PB, distribuídas equitativamente em dois grupos: assistência domiciliária e hospitalar. Os participantes tinham idade variando entre 60 a 98 anos, com um predomínio de pessoas do sexo feminino (72%). Os resultados demonstraram que em ambos os grupos prevaleceram as doenças cardiovasculares, sendo 50% no grupo de assistência domiciliar e 40% de assistência hospitalar. Quanto ao grau de satisfação com a assistência recebida, observou-se que na modalidade domiciliária foi de 100%, enquanto na hospitalar 60%. Em relação ao grau de confiança, ambos os grupos mostraram-se igualmente confiantes na assistência recebida. Quanto à espiritualidade e crenças pessoais, os dados revelaram que a modalidade domiciliária obteve escore maior do que a hospitalar nas facetas: conexão com o ser ou força espiritual; admiração; totalidade e integração. Na qualidade de vida, analisada a partir do WHOQOL-BREF, observou-se um efeito positivo na maioria das facetas para a modalidade domiciliária. Um resultado semelhante também foi obtido com o WHOQOL-OLD, com destaque para as facetas: atividades passadas, presentes e futuras; participação social e intimidade. Em todas elas, a assistência domiciliária apresentou melhor qualidade de vida. Os resultados deste estudo indicam que a assistência domiciliária, comparativamente à hospitalar, promove melhor qualidade de vida e o fortalecimento da espiritualidade de pessoas idosas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Espiritualidade. Serviços de Saúde para Idosos. Serviços de Assistência Domiciliar. Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Spirituality and quality of life, in the last few years, have had increasing importance in care context, mostly in poor health conditions, and especially in old age. Therefore, this study aimed to analyze the elderly people's spirituality and quality of life, when assisted both at home and in hospitals, by means of Supplemental Health Services. In order to reach this goal, the descriptive, analytical and cross-sectional study was used, with a quantitative approach, in a 60 elderly people sample, in João Pessoa-PB, equally distributed in two groups: home and hospital care. The participants were aged between 60 and 98 years old, female people predominating (72%). Results showed that both groups presented, mostly, cardiovascular diseases, being 50% in those ones in home care condition and 40% among the ones receiving hospital assistance. As to the degree of satisfaction with the assistance, 100% were satisfied with the home care, whereas only 60% were satisfied with the hospital assistance. In regard to the confidence level, both groups were satisfied in both situations. As to the spirituality and personal beliefs, data revealed that the home modality received a higher score than that of the hospital in questions such as: a connection with the spiritual being or power; admiration, wholeness and integration. Concerning quality of life, analyzed from the WHOQOL-BREF point of view, a positive effect was observed in most of the home modality features. A similar result was also obtained with the WHOQOL-OLD, as concerning the following features: past, present and future activities, privacy as well as social participation. Home care presented a better life quality in all of them. The results of this study indicate that home care, as compared to the hospital one, promotes a better life quality and fosters spirituality in the elderly people.

Keywords: Quality of life. Spirituality. Health Services for the Aged. Home Care Services. Hospital Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde

PNI – Plano Nacional do Idoso

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ONU – Organização das Nações Unidas

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SUS – Sistema Único de Saúde

ANSS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar

PNS - Política Nacional de Saúde

AMS - Assistência Médico-Sanitária

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

ADS - Assistência Domiciliária à Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CFM – Conselho Federal de Medicina

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

MEEM - Mini Exame de Estado Mental

CERAD - Consortium to Establish a Registry for Alzheimer’s Disease

CAMDEX-R - Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly

SIDAM - Structured Interview for the Diagnosis of Dementia

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

ANOVA – Análise de variância

IGG – Instituto de Geriatria e Gerontologia

CEP – Conselho de Ética e Pesquisa

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras 1 e 2 - Pirâmide etária da população - Brasil 2000 e 2010.....	19
Figura 3 - Gráfico do Diagnóstico Clínico em pessoas idosas em assistência domiciliar e hospitalar (p=0,081).....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de pessoas idosas em assistência domiciliar e hospitalar.....	55
Tabela 2 - Grau de Satisfação nas modalidades domiciliar e hospitalar.	57
Tabela 3 - Diferença com relação a variável confiança entre os grupos, que poderia variar de zero a dez pontos.....	58
Tabela 4 - Análise do WHOQOL SRPB na amostra total e por grupo	59
Tabela 5 - Comparação entre as modalidades de assistência em relação à Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (n=60).	60
Tabela 6 - Análise do WHOQOL-OLD para amostra total e por grupo.	61
Tabela 7 - Análise do WHOQOL-OLD para amostra total e por grupo.	61
Tabela 8 - Comparação entre as modalidades de assistência com relação ao WHOQOL-BREF (n=60).....	62
Tabela 9 - Comparação entre as modalidades de assistência com relação ao WHOQOL-OLD (n=60).....	62

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	HIPOTESES	16
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	18
3.2	A VELHICE NO CONTEXTO SÓCIO CULTURAL.....	23
3.3	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E DOMICILIÁRIA EM IDOSOS NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.	27
3.4	ESPIRITUALIDADE EM IDOSOS	35
3.5	QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	38
4	OBJETIVO GERAL	44
4.1	OBJETIVO GERAL.....	44
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
5	MÉTODOS	46
5.1	DELINEAMENTO.....	46
5.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	46
5.2.1	Critérios de Inclusão e Exclusão	46
5.2.1.1	<i>Inclusão</i>	46
5.2.1.2	<i>Exclusão</i>	47
5.3	LOCAL DO ESTUDO	47
5.4	COLETA DE DADOS	47
5.5	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	48
5.5.1	Minixame de Estado Mental (MEEM), (Anexo C)	48
5.5.2	Ficha sociodemográficos, (Apêndice E)	49
5.5.3	Questionário WHOQOL - BREF, (Anexo D)	49
5.5.4	Questionário WHOQOL - OLD, (Anexo E)	50
5.5.5	Questionário WHOQOL-SRPB, (Anexo F)	51
5.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	52
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
6	RESULTADOS	55
7	DISCUSSÃO	65
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
9	CONCLUSÃO	73

REFERENCIAS	76
ARTIGO E CAPÍTULO DE LIVRO	91
APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA	120
APÊNDICE B - TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR.....	121
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA EM ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA.....	122
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	123
APÊNDICE E - FICHA SÓCIODEMOGRÁFICA	124
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA	129
ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	130
ANEXO C - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	132
ANEXO D - QUESTIONÁRIO WHOQOL – BREF	134
ANEXO E - QUESTIONÁRIO WHOQOL – OLD	137
ANEXO F - QUESTIONÁRIO WHOQOL – SRPB	139

Não sei... Se a vida é curta
Ou longa demais pra nós,
Mas sei que nada do que vivemos
Tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe,
Braço que envolve,
Palavra que conforta,
Silêncio que respeita,
Alegria que contagia,
Lágrima que corre,
Olhar que acaricia,
Desejo que sacia,
Amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
É o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
Não seja nem curta,
Nem longa demais,
Mas que seja intensa,
Verdadeira, pura... Enquanto dura.

Cora Coralina

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da temática espiritualidade e qualidade de vida em pessoas idosas que recebem atenção à saúde por meio da assistência domiciliária, contrastando com os que recebem assistência hospitalar, vinculadas ao Setor de Saúde Suplementar na cidade de João Pessoa-PB. Constitui uma investigação que busca embasar discussão em relação à proposta do estudo no sentido de contribuir para o atendimento das necessidades de pessoas idosas que vêm, ao longo dos anos, aumentando progressivamente.

Nos últimos anos aumentou a demanda de pessoas idosas evidenciada no Brasil e, em especial na Paraíba, especificamente na cidade de João Pessoa-PB, com projeções de uma maior longevidade. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerada uma real conquista se não for apenas um período de sobrevivência, mas uma vida com qualidade¹. Porém constata-se que a espiritualidade e a qualidade de vida são elementos fundamentais para a promoção do bem-estar das pessoas idosas, especialmente quando estas encontram-se com a sua saúde comprometida.

Nas últimas décadas, o sistema de saúde vem procurando formas de reestruturar sua área de conhecimento, de modo a fundamentar o cuidado dentro da concepção integral do indivíduo, com mudanças no campo das ciências e de novos paradigmas da assistência à saúde, contemplando a dimensão espiritual. Considera-se que o homem não é, simplesmente, um organismo biológico, mas também um ser psicossocial e espiritual, constituindo-se naquilo que determina a sua singularidade como pessoa. Constata-se que a relação da espiritualidade com a saúde vem se estabelecendo na prática de assistência à saúde, numa perspectiva de qualidade de vida².

Dessa forma, a qualidade de vida tem despertado em muitos pesquisadores o interesse pelo estudo dessa temática, a qual abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e diferentes histórias. Portanto, é uma construção social com a marca da relatividade cultural que implica a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar³.

Neste contexto, a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida e a espiritualidade de pessoas idosas. Atualmente, existe grande interesse na pesquisa, sobretudo porque dados têm demonstrado uma relação positiva e estatisticamente significativa entre espiritualidade, saúde e qualidade de vida.⁴ Muitos desses

estudos, contudo, focam a doença oncológica e cuidados paliativos, exigindo o alargamento a outros contextos e doenças^{5 6}.

Dessa forma, este estudo oportuniza embasamento e discussões sobre qualidade de vida e espiritualidade em idosos no contexto do cuidado, constituindo mecanismos de importância científica e social para subsidiar ações e fomentar políticas sociais que visem à promoção da dignidade e do respeito para com essas pessoas, envolvendo profissionais, gestores, estudantes, pesquisadores diante de uma realidade social, epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico do país⁷.

Constata-se que o acesso aos serviços de saúde vem sendo garantido especificamente a partir de um compromisso público, governamental denominado “Pacto pela Vida 2006” por meio do Sistema Único de Saúde, o qual assumiu como meta prioritária a atenção à saúde da população idosa do país⁸. Paralelamente, as ações públicas de saúde, a Agência Nacional de Saúde (ANS), no Setor de Saúde Suplementar, vêm repensando modelos de gestão em saúde com arena de discussões no âmbito da promoção, prevenção e controle de riscos e doenças incentivando a reestruturação do processo de produção do cuidado e organização dos serviços⁹.

Nesse sentido, são evidenciadas no Brasil políticas e programas de saúde como garantias de atenção ao idoso, destacando-se a Portaria MPAS/SEAS nº73, de 10 de maio de 2001 que estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso integrando, assim, a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI) e propondo novas modalidades de atenção ao idoso, adequadas à realidade de cada município, a saber: família natural, família acolhedora, residência temporária, centro-dia, centro de convivência, casa lar, república, atendimento institucional e assistência/atendimento domiciliar¹⁰.

Para este estudo, buscou-se avaliar a percepção de pessoas idosas submetidas às modalidades da assistência domiciliária e hospitalar por meios do Setor de Saúde Suplementar, tomando como indicadores a espiritualidade e a qualidade de vida. O uso do termo “domiciliária” encontra-se textualizado no Dicionário Aurélio Buarque de Holanda. Neste, o vocábulo encerra a seguinte acepção: “relativo à domicílio; feito em domicílio”, enquanto que a palavra *domiciliar* refere-se a “dar domicílio; recolher em domicílio; fixar residência ou domicílio”¹¹. Por esta razão, o primeiro parece ajustar-se melhor às características deste estudo. Vale sublinhar, ainda, que o referido termo tornou-se recorrente na epistemologia dos estudos brasileiros na área de atendimento domiciliário.

Atendimento ou atenção domiciliária são expressões genéricas, referentes a qualquer ação em saúde realizada em domicílio, desde uma simples orientação a um serviço de maior

complexidade¹². Segundo Leme e Dias, as formas de atendimento domiciliário são conhecidas por denominações que representam tipos de atuação e características diferentes, destacando-se: a visita domiciliária, a assistência domiciliária e a internação domiciliária¹³. Esses conceitos corroboram as definições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que distingue diversos tipos de modalidades de atenção à saúde, desenvolvidas em domicílio para efeito de regulamento técnico, tanto para a esfera pública quanto a privada¹⁴.

Para este estudo, concebe-se a assistência domiciliária como “um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e/ou assistenciais, com participação de equipe multiprofissional”¹³. Diferencia-se, por conseguinte, da internação domiciliária que corresponde “ao conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada”¹³.

No que se refere à instituição hospitalar, segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS,¹⁵ o termo é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Agrega uma série de funções que as caracterizam como as organizações mais complexas do setor Saúde. Na atualidade, o Brasil conta com uma rede de serviços hospitalares, construídos e legitimados historicamente, detentora de uma realidade concreta sendo operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais que apontam para a busca de uma maior inserção na rede de serviços de saúde¹⁶.

Desse modo, o interesse em desenvolver este estudo advém de observações teóricas e de inquietações oriundas de minhas vivências, frente a uma realidade demográfica, epidemiológica e assistencial apresentada na cidade de João Pessoa-PB. Observa-se a necessidade de serviços de saúde que atenda às peculiaridades da população idosa, mediante uma política de cuidados numa perspectiva de um maior fortalecimento espiritual e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Para tanto, foi adotada a pesquisa quantitativa com a utilização de instrumentos de avaliação de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) especificamente, o WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD e WHOQOL-SRPB¹⁷ pelas possibilidades de revelar as percepções das pessoas idosas em relação à qualidade de vida e à espiritualidade no contexto da assistência domiciliária comparando com a hospitalar. A assistência domiciliária é apresentada neste estudo como uma melhor modalidade de assistência à saúde no atendimento a pessoas idosas, considerando o atendimento voltado para

a reabilitação, principalmente das pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis com base nos benefícios apresentados por diversos estudos. Nessa perspectiva, esta pesquisa apresenta resultados conferidos pelas pessoas idosas em relação à modalidade da assistência recebida contribuindo para a formação profissional, os currículos, as pesquisas, as políticas de saúde, o pensamento, o planejamento, e a execução de uma modalidade de atenção à saúde, considerando sua importância para os usuários em estudo. Assim, compete a cada um de nós, enquanto pesquisador, contribuir para a construção e promoção de uma melhor qualidade de vida para as pessoas idosas, principalmente, quando encontram-se enfermas.

2 HIPOTESE

A assistência domiciliar promove um maior fortalecimento da espiritualidade e uma melhor qualidade de vida comparativamente a assistência hospitalar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

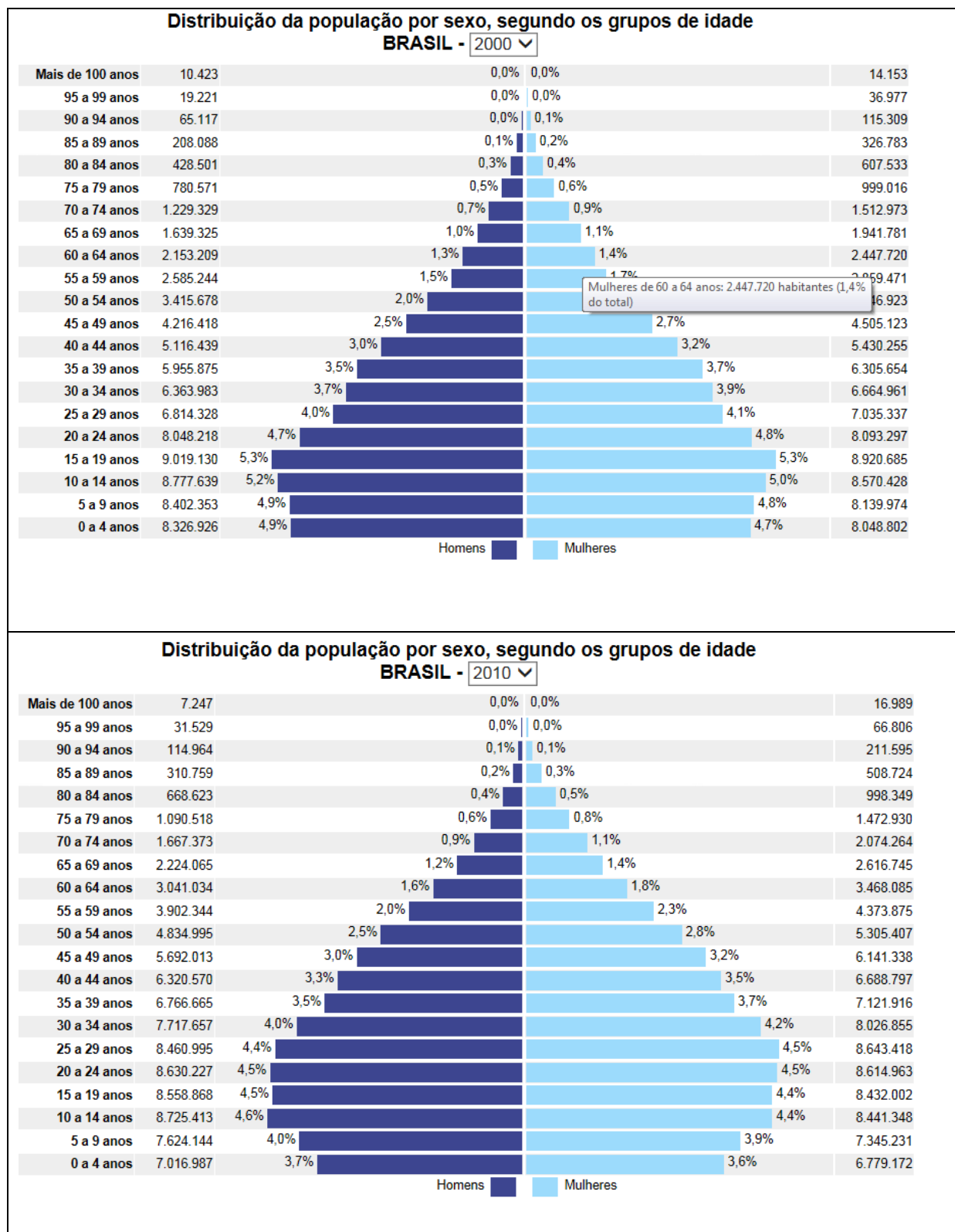
3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo universal, que ocorre durante o curso da vida do ser humano, cabe lembrar que inicia com o nascimento e termina com a morte. É um fenômeno natural, considerado por alguns como uma conquista. Apresenta-se, também, como um fenômeno social, cultural e econômico, denominado de envelhecimento populacional, com perspectivas de desdobramentos e consequências a serem ainda estudados^{1 18}.

O panorama etário teve início com os principais determinantes de uma acelerada transição demográfica com a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida ao nascer¹⁹. Segundo informações do Banco Mundial, em todo o mundo, a taxa de fecundidade total passou de 4,91 filhos por mulher em 1960 para 2,45 em 2010. Entre os países de alta renda, a fecundidade passou de 2,99 filhos em 1960 para 1,75 em 2010, enquanto nos países de baixa renda passou de 6,46 para 4,08 no mesmo período²⁰. No Brasil, a taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010²¹.

No Brasil, o início do processo de transição, com o declínio da mortalidade, é atribuído, principalmente, aos avanços na medicina e da saúde pública, assim como à melhoria nas condições de alimentação, ao aumento da renda, ao controle das doenças infecciosas, entre outros fatores. A redução da fecundidade ocorre devido às mudanças nos padrões familiares, acesso a meios contraceptivos e maior participação da mulher no mercado de trabalho²¹.

Esse perfil de transição demográfica resulta em uma maior proporção de pessoas idosas em relação ao conjunto da população que progressivamente constata-se a diminuição da base da pirâmide etária, onde atualmente assiste-se a um processo de amadurecimento dos habitantes do país e conseqüentemente aumento da população mais velha apresentada nas Figuras 1 e 2²². Observa-se o estreitamento da base da pirâmide, em função da diminuição dos níveis de fecundidade e o alargamento do topo da pirâmide etária em função da redução dos níveis de mortalidade. Assim, pode-se comparar o perfil da pirâmide populacional brasileira do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE dos anos 2000 e 2010.



Figuras 1 e 2 - Pirâmides etárias da população - Brasil Censo de 2000 e de 2010

Fonte: IBGE, Sinopse Censo Demográfico 2010.

Segundo o Censo 2010, divulgado pelo IBGE, a população brasileira é de 190.732.694 pessoas em todo o Brasil. Em dez anos, o aumento da população foi de 12,3%, em

números absolutos; isso significa 20.933.524 pessoas. Os brasileiros com 60 anos de idade ou mais aumentaram em 42%, e o segmento populacional de 80 anos ou mais de idade aumentou ainda mais com 60% de acréscimo. A estimativa é que, em 2050, este grupo etário corresponda a 19% da população brasileira²³.

Em relação à Paraíba, o estado possui 3.766.528 habitantes e, de acordo com tal parâmetro estatístico, é considerado o 1º estado do Nordeste e o 5º do País com maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais (11,6%). Entre as 27 Unidades da Federação, a Paraíba já ocupa o patamar de 12º estado com maior número de centenários. A cidade de João Pessoa concentra uma população de 716.042 mil habitantes. Dentre esses, 74.636 são pessoas idosas com 60 anos ou mais, sendo 29.002 homens e 45.633 mulheres²¹.

Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total²¹.

Percebe-se que a Paraíba e o Brasil caminham rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, com o aumento do número de idosos em todo o País, resultado da melhoria nas condições de vida e saúde cujo reflexo é a maior sobrevivência da população. Embora esse perfil apresente um impacto positivo, no decorrer do tempo poderá constituir um problema de saúde pública, salientando que não afeta somente o ser humano, mas a família, a comunidade e a sociedade em geral, gerando, assim, importantíssimas repercussões nos diversos campos da ciência e trazendo para reflexão uma questão importante para as políticas públicas: Em que condições de saúde viverão os longevos?²⁴

Sabe-se que esse processo é caracterizado por uma transição epidemiológica destacando-se as doenças crônicas não transmissíveis, que implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender às demandas na área da saúde, previdência e assistência social²⁵. Para intervir nas políticas com ações dirigidas a essa população se faz necessário termos parâmetros para estabelecer a condição de ser idoso, delimitando a população para o âmbito legal, administrativo e para os estudos epidemiológicos, no sentido de planejar e estruturar políticas públicas, com transferências de tecnologias, difusão de conhecimentos e trocas de experiências²⁶.

Dessa forma, é mister estabelecer critério cronológico, apesar de ser menos preciso, considera-se importante, a sua utilização. Sendo assim, o envelhecimento pode ser analisado a partir dos pontos de vista cronológico, biológico, psíquico, social, fenomenológico e

funcional, cada qual com suas especificidades respondendo a diferentes questionamentos em relação ao processo de envelhecer²⁷.

Para tanto, a Organização das Nações Unidas (ONU) (1982) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceram que, *o ser idoso* difere para países desenvolvidos e em desenvolvimento^{28 29}. Assim para os primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; e para os segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais, considerando a idade cronológica. No Brasil, essa definição é assegurada por meio da Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994,³⁰ e através do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003³¹.

Ainda assim, surge a necessidade de subdividir os idosos em categorias distintas de acordo com a idade cronológica específica: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. Os idosos jovens referem-se a pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos, geralmente encontram-se em vida ativa. Os idosos velhos são as pessoas de 75 a 84 anos e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, geralmente são aqueles com maior tendência para as fragilidades e para as enfermidades, podendo ter dificuldades para desempenhar algumas atividades da vida diária³².

Assim, admite-se que o envelhecimento constitui um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao organismo. Os maiores desafios giram em torno da promoção de um envelhecimento com qualidade, ativo, saudável, afetado pelo mínimo de limitações e incapacidades³³. Esse complexo, na verdade, corrobora os fundamentos da promoção da saúde na velhice, os quais convergem para os princípios da saúde para todos, amparados pela OMS, defensora da seguinte máxima: deve-se agregar vida aos anos, e não agregar anos à vida,³⁴ lema da *Gerontological Society of America*, nos anos 1950.

Nesse processo, pesquisadores definem três padrões de envelhecimento. O primeiro, chamado de envelhecimento primário ou fisiológico, é universal e progressivo. Consiste num fenômeno que acontece com todos os seres vivos. É influenciado por múltiplos fatores, tais como: educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Os indicadores desse evento são os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os déficits. O segundo, o envelhecimento secundário ou patológico, está associado a doenças orgânicas, como: esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, demências, câncer e outras patologias. Apresenta uma probabilidade maior de ocorrência com o aumento da idade. E, por último, o envelhecimento terciário ou terminal, que está relacionado a um grande aumento nas perdas

físicas e cognitivas num período de tempo relativamente curto. É reconhecido como o ponto final das doenças terminais, em qualquer idade³⁵.

Considera-se em todo esse percurso, as funções morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao organismo. É importante observar a compreensão do fenômeno de envelhecimento através de estudos relacionados às teorias do envelhecimento. Essas requerem um conhecimento dos mecanismos biológicos específicos subjacentes a desequilíbrios celular, tecidual e orgânico, muitas vezes, atribuídos a fatores genéticos, chamadas de teorias genéticas; entre outras causadas pela acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo chamado de teorias estocásticas, classificadas assim, em duas categorias³⁶.

Enquanto alguns estudos se dedicam ao entendimento do declínio das funções biológicas, outros observam sob a ótica dos padrões de comportamento adotados pela pessoa que envelhece. A teoria associada a fatores genéticos atribui o envelhecimento a um continuum controle genético e, talvez, programado onde essa hipótese do desequilíbrio neuroendócrino leva a uma diminuição da integração funcional orgânica. Estudos que se debruçam sobre as Teorias Estocásticas sugerem que a perda de funcionalidade que acompanha o fenômeno de envelhecimento é causada pela acumulação aleatória de lesões, associadas à ação ambiental, em moléculas vitais, que provocam um declínio fisiológico progressivo³⁷.

Contudo, conclusões definitivas acerca da origem e desenvolvimento do envelhecimento requerem maiores estudos, uma vez que esse fenômeno pode não ter causa fundamental, ainda existindo dúvidas sobre sua influência e as formas pelas quais se interagiriam, assim, também, nenhuma teoria sozinha consegue explicar os passos desse complexo processo que é envelhecer. A busca pela explicação desse processo continua a mover pesquisadores da área com mais estudos.

Sabe-se que o envelhecimento é uma experiência heterogênea, com declínios que podem ser classificados de duas maneiras, como senescência ou senectude e como senilidade. Estudos relacionados à fisiologia do envelhecimento entendem que senescência ou senectude caracterizam como alterações orgânicas, morfológicas e funcionais, que ocorrem em consequência do processo natural de envelhecimento, e por senilidade as modificações determinadas pelas afecções que frequentemente comprometem as pessoas idosas³⁸.

O comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades e, por conseguinte, as grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural,

imobilidade, incontinência e incapacidade comunicativa. Ainda nesse processo do envelhecimento, frente ao desconhecimento das particularidades das pessoas idosas, intervenções podem gerar piora na saúde dessas pessoas como é o caso da iatrogenia que traduz os malefícios causados pelo sistema de saúde e profissionais da área da saúde despreparados para dar uma resposta adequada aos problemas de saúde da pessoa idosa^{39 40}.

Ainda assim, aliadas às síndromes geriátricas acima referidas, surgem as doenças crônicas não transmissíveis, consideradas as mais prevalentes em pessoas idosas ocupando um lugar de destaque no Brasil. Essas constituem um problema de saúde de maior relevância, pois representam a primeira causa de hospitalização e de mortalidade no Brasil, correspondem a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, de forma mais intensa, aquelas mais vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. É importante destacar que com o passar dos anos elas aumentam, atingindo 75,5% dos idosos. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, poderá apresentar pelo menos uma doença^{41 42}.

Nessa esfera epidemiológica, fomenta-se a necessidade de uma reflexão em relação às políticas públicas de saúde voltadas para ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do idoso. Considerando o avanço da ciência e da tecnologia com novos paradigmas da atenção à saúde, o desafio é construir aprendizagens de como trilhar esses caminhos para vivenciar uma velhice bem-sucedida⁴².

Diante desta abrangência de conhecimento, frente ao fenômeno do envelhecimento, nascem a Geriatria e a Gerontologia, que ao longo dos anos vêm ganhando importância, porém no século XX firmaram-se como especialidades. A Geriatria como especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos cuidados amplos de saúde necessários às pessoas idosas, e a Gerontologia criada a partir das expressões gero (velhice) e logia (estudo) campo de investigação multiprofissional e multidisciplinar dedicada ao estudo exclusivo do envelhecimento enfatizando seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais permeando todos os aspectos da vida, em especial a velhice⁴³.

3.2 A VELHICE NO CONTEXTO SÓCIO CULTURAL

O envelhecimento, embora seja um substantivo, conota movimento, onde a vida humana é explicada muito mais pelos comportamentos das pessoas nas diferentes fases da

vida do que pela dinâmica interna do ser vivo. Sendo um fenômeno abrangente, perpassa vários saberes no que se refere à vida de cada pessoa no contexto das culturas revelando o ciclo da vida em três momentos que compreendem nascer, viver e morrer; um fenômeno biológico que acarreta consequências psicológicas, numa dimensão existencial⁴⁴.

É preciso compreender que o envelhecimento distingue-se da velhice, pois nascemos envelhecendo; não é um fenômeno estático e sim o resultado e prolongamento de um processo. A velhice torna-se uma etapa da vida, visualizada como a última fase do processo de envelhecer humano constituindo-se não mais um processo, mas um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso com todas as características físicas peculiares à idade cronológica⁴⁵.

Porém, é preciso compreender que a existência social da pessoa idosa representa não mais um indivíduo apenas no aspecto biológico, que se restringe a um processo de evolução do nascimento à morte, mas a velhice como uma construção social, revestida de valor, referente à forma como se sente, vive, relaciona-se com a vida e com os demais indivíduos⁴⁶.

Pessoa idosa ou pessoa velha, que no transcorrer de sua trajetória de vida, vivenciou na juventude e na maturidade papéis sociais, que aos poucos foram sendo apagados ou desconsiderados em sua existência. Sujeito que teve sua representatividade no mercado de trabalho e também na sua família. Como o tempo passa independentemente de qualquer coisa e com ele vêm as mudanças e os desafios; mudanças que repercutem no cotidiano de todos, afetando a vida pessoal e social do indivíduo.

O aspecto social torna-se um elemento fundamental no processo de envelhecimento, já que é no contexto social onde o indivíduo, de um modo geral, compartilha o seu aprendizado e cria laços de amizade. Percebe-se que nesse contexto muitas vezes é negado ao idoso a participação nas relações interpessoais, de modo que este segmento passa a ser excluído (desintegrado) de sua posição social, pois dentro do próprio ambiente social é notório o descaso com a velhice, com as pessoas que envelhecem que não conseguem exercer sua cidadania e a velhice serve como motivo de expropriação de sua autonomia⁴⁷.

O papel do velho sofreu grandes modificações no âmbito familiar e social ao longo dos anos. O fato de a velhice, de forma geral, ser um assunto tratado como tabu, vem da incapacidade de lidar com todos os elementos que o tema suscita. A sociedade contemporânea capitalista ao tomar como padrão o ideal de juventude, conseqüentemente exclui o velho, uma vez que a beleza está relacionada com o viço da juventude, supervaloriza o consumo, o novo, a produtividade, em detrimento do velho, que passa a ser considerado ultrapassado e não valorizado⁴⁸. Mesmo com a evolução tecnológica e social, muitos problemas ainda são

encontrados quando se trata do envelhecimento, pois não há inovações, mas disparidades marcantes, sem haver lugar nem um significado próprio que valorize a maturidade e a experiência vivida.

Envelhecer é um processo extremamente doloroso para o ser humano e apresenta vários aspectos terrivelmente desagradáveis, levando à estigmatização do velho a partir de sua aparência física, somando-se ao estigma da aposentadoria, no qual o indivíduo é considerado como alguém inútil e incapaz para a sociedade. O velho é percebido como o diferente, indesejado que agride o padrão de beleza estabelecido pela sociedade moderna, incorporando-se dessa forma negativamente ao imaginário social; fenômeno que provoca difusão de uma imagem profundamente estigmatizada⁴⁹.

Estudos expõem diversos aspectos problemáticos e estereotipados em relação à velhice no nosso meio, onde a mesma está associada a perdas, incapacidades, dependências, impotência, decrepitude, doença, desajuste social, baixos rendimentos, solidão, viuvez, além de termos que denigrem cada vez mais essa fase da vida como: chato, rabugento, implicante, triste, demente, oneroso⁵⁰. Essa visão cultural e, muitas vezes, equivocada leva a pessoa idosa a negar sua identidade ou até negligenciar suas necessidades, vontades e desejos.

Ao longo da história, essa problemática é representada em um clássico literário da dramaturgia de Shakespeare,⁵¹ assunto bastante atual e comum entre as famílias, que aconteceu na Europa na Idade Média mostrando o fardo pesado que o ancião torna-se para sua família, mesmo que o idoso seja um sábio e bondoso soberano monárquico, como é o caso do rei Lear. Essa obra literária que faz-se eterna porque em qualquer tempo da história humana haverá pais esquecidos pelos seus filhos, amargando a dor e a solidão. Muitas vezes, jogados à mercê da caridade social, padecendo no desgaste e na caduquez vivendo de forma lastimável e miserável a realidade impiedosa da velhice.

Neste contexto, os termos: velho, velhice e idoso tornam-se socialmente pejorativos e são tentados a serem substituídos pelas expressões: “terceira idade” e mais recentemente por “melhor idade”, recursos de linguagens que sofrem críticas contundentes por estudiosos como Georgis⁵². Assim, percebe-se que nem tudo é tão simples. Não se trata de enquadrar a velhice entre a melhor ou a pior idade, mas resgatar o conteúdo das palavras que expressam uma fase importante da vida que necessita ser dignificada e honrada em nossa sociedade que é a condição de estar e ser velho.

Corroborando esse discurso, Brum⁵³ em suas reflexões refere-se que, “Velho é letra forte. Idoso é fisicamente débil, palavra que diz de um corpo, não de um espírito. Idoso fala de uma condição efêmera, velho reivindica memória acumulada. Idoso pode ser apenas “ido”,

aquele que já foi. Velho é – estar”. Debert⁵⁴ sinaliza que o drama da velhice retratado como “abandonados em asilos” seja apresentado como pessoas que continuam desenvolvendo atividades criativas, escrevendo livros, expondo trabalhos artísticos, a exemplo de Cora Coralina. Assim, como tantos outros anônimos que mesmo em seus lares produzem e nos surpreendem com suas capacidades intelectuais e artísticas.

Portanto, sabe-se que o processo de envelhecimento pode ser comparado ao processo de desenvolvimento. Nesse ocorrem perdas e ganhos, sendo que na maioria das vezes somente as perdas são ressaltadas e os ganhos são esquecidos. O ideal seria enxergar o envelhecimento como uma fase para novas conquistas e para a continuidade da produção social, cognitiva e cultural e não apenas a sobrevivência da velhice.

O filósofo Cícero⁵⁵, em sua obra “Saber envelhecer”, nos leva a refletir através de um diálogo na perspectiva filosófica sobre o envelhecimento. O autor defende a tese de que a “arte de envelhecer” é encontrar o prazer que todas as idades proporcionam, pois todas têm as suas virtudes. Essas aliadas ao conhecimento são consideradas as melhores armas para a velhice, dando frutos soberbos no término de uma existência bem vivida. Cícero explicita que a vida segue seu curso muito preciso e a natureza dota cada idade de qualidades próprias. Enfatizando que a fraqueza das crianças, o ímpeto dos jovens, a serenidade dos adultos e a maturidade da velhice são coisas naturais que devemos apreciar cada uma em seu tempo. Assim, o processo existencial segue como um fato natural, universal e necessário à alma cumprindo um ciclo biológico e espiritual do ser humano que envolve nascimento, crescimento e conseqüentemente a morte.

Porém, uma dificuldade perpetuada ao longo das gerações poderia ser modificada através da educação difundida pelos meios de comunicação de massa, que constroem e confirmam a imagem do velho como sendo uma pessoa senil, frágil, imbecilizando e hostilizando essa fase da vida reforçando, assim, a imagem negativa da velhice. Segundo Oliveira e Scortegagna⁵⁶, a velhice se encontra em um estado de marginalização, por isso, as pessoas idosas são consideradas desempoderadas, pois são vitimizadas culturalmente, resultado da vulnerabilidade, preconceitos e estereótipos negativos relativos à velhice. À medida que a pessoa idosa se conscientiza e desenvolve a criticidade de forma a intervir em relação aos seus direitos, ele se apodera, ou seja, gera transformação, na busca da equidade social.

As alterações culturais ocorrem a partir do momento em que os idosos passam a recusar a visão pejorativa que a população apresenta acerca da velhice e eles começam a se mostrar como verdadeiros atores sociais, capazes de mobilizar a sociedade, na busca de um

reconhecimento social, cultural, político e econômico. Ao se pensar num novo ator social, o idoso alcança esta representação a partir do momento em que se encontra como um idoso ativo. Desta maneira, “a palavra ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”⁵⁷.

A sociedade civil, em nível nacional, juntamente com pequenos grupos de idosos, vem reivindicando direitos básicos em prol dessa demanda da sociedade. Para tanto, destaca-se a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), como a primeira entidade científica que se posicionou na defesa do idoso. Ela se mantém ativamente com a formação ou qualificação de recursos nessa área com a promoção de cursos, simpósios, congressos e jornadas⁵⁸. Atua, ainda, nesse processo de avanços e conquistas, em relação às causas das pessoas idosas, especificamente na esfera legal, abrindo espaços para a organização de pequenos grupos de pessoas idosas, sociedade civil, governo entre outras entidades. Todo foco voltado para um envelhecimento ativo, numa perspectiva de cidadania. Porém, percebe-se que também é preciso direcionar o olhar para aquelas pessoas idosas, consideradas frágeis, incapacitadas, doentes que além de enfrentarem o estigma e o preconceito da própria velhice são consideradas um fardo pesado para a família e a sociedade quando se encontram com algum agravo à sua saúde.

Sabe-se que os modelos de atenção à saúde das pessoas idosas têm se mostrado pouco adequados, e até mesmo inviáveis, em função da não estruturação de serviços e da demanda de pessoas idosas que necessitam serem atendidas⁵⁹. É preciso definições de responsabilidades, tanto na esfera pública como privada, para a melhor adequação de infraestrutura de atendimento, implementação de recursos tecnológicos, estabelecimento de regras de gestão, organização do sistema⁶⁰. Assim, em referência às evidências de políticas, estatutos e programas, é necessário um direcionamento para as ações e serviços que assegurem as necessidades e direitos das pessoas, nos mais diversos aspectos englobando não apenas as questões físicas, mas os sentimentos em prol do bem-estar dessa população.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA PESSOAS IDOSOS NO CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.

O sistema de saúde brasileiro constitui-se por organizações públicas e privadas que vêm se estabelecendo em diferentes períodos históricos no País. Nos últimos anos, têm se apresentado, a partir de suas dimensões econômicas, políticas e culturais, compreendendo que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza. Dessa forma,

prevalecem, ao longo dos anos, modelos hegemônicos, com enfoque curativo predominantemente hospitalar centrado na assistência médica e nas especialidades e modelos sanitários baseados em intervenções ambulatoriais preventivas sobre necessidades detectadas, ambas convivendo de forma contraditória ou complementar^{61 62}.

No Brasil, o sistema de saúde é formado por uma rede complexa de serviços com uma combinação do público e privado. Apresenta-se de forma distinta, mas interconectado na oferta de serviços dirigidos aos usuários a depender da facilidade de acesso nas esferas federal, estadual, municipal em nível do Sistema Único de Saúde (SUS) ou na esfera privada. Para a implementação e descentralização do sistema de saúde, em nível do SUS, foram necessárias legislações complementares, novas regras, reformas administrativas em todos os níveis do governo destinadas a redefinir responsabilidades e estabelecimento de mecanismos para tomada de decisão de forma ampliada e inovadora com a participação social e a construção de alianças entre os principais atores envolvidos^{63 64 65}.

Na esfera privada, esse subsistema se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais assim como ofertas de serviços exclusivamente privadas com demandas por planos de saúde através de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços até planos básicos direcionados a depender da situação socioeconômica e ocupacional de cada usuário. Salientando que em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS), para garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde⁶⁶.

Para tanto, a Política Nacional de Saúde (PNS) tem se estruturado na organização e oferta de serviços de saúde com o desenvolvimento da atenção primária de saúde recebendo muito destaque em nível de SUS impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores com o objetivo de oferecer acesso universal de serviços mais abrangentes. Em relação à atenção secundária, a prestação de serviços especializados no SUS, observa-se uma problemática diante da oferta limitada ficando dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico⁶⁷. Em se tratando da atenção terciária, os desafios da assistência hospitalar no Brasil incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do usuário, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas^{68 69}. Para tanto, é inegável o avanço conquistado pelo processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a assistência médico-hospitalar, nos últimos 20 anos, com a implementação do SUS. Porém, a oferta de

serviços de média complexidade é um dos pontos de maior estrangulamento do sistema de saúde e um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção. Caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade bem como a superposição de ofertas de serviços na rede ambulatorial e hospitalar^{70 71}.

Para tanto, ao longo de décadas, a assistência hospitalar tem sido um dos principais temas de debate acerca da assistência no SUS. É indiscutível sua importância na organização da rede de saúde, em relação à grande concentração de oferta de serviços de média e alta complexidade quanto ao volume de recursos consumido por esse nível de atenção à saúde. Evidencia a dimensão dos serviços prestados de média e alta complexidade pelos números de registros realizados anualmente. Em 2007, foram realizados no Brasil mais de 1,3 bilhão de procedimentos de atenção básica, mais de 250 milhões de exames laboratoriais e mais de 11,4 milhões de exames de ultrassonografia, mais de 132 milhões de atendimentos na área de alta complexidade, mais de 2,94 milhões de partos, 83 mil cirurgias cardíacas, 84,5 mil cirurgias oncológicas, 72 mil cirurgias de varizes, cerca de 11,7 mil transplantes de órgãos, entre outros serviços⁷².

Em relação à infraestrutura de oferta de serviços hospitalares, no Brasil há 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público e 64,6 % dos leitos do setor privado⁶⁶. Houve uma tendência de diminuição do número de leitos por habitante, dado observado pela Assistência Médico-Sanitária (AMS) desde 1999, em que as taxas permanecem abaixo das preconizadas pelo Ministério da Saúde; considerando que os valores recomendados situam-se entre 2,5 e 3 leitos por 1.000 habitantes. As regiões mais desprovidas de leitos por habitante continuam sendo as Regiões Norte (com 1,8 leitos por 1 000 habitantes) e Nordeste (com 2,0 leitos por 1 000 hab.)⁷³.

Observa-se que com o processo de transição demográfica no País, constata-se um aumento no número de internações hospitalares entre os idosos. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) mostram que a partir dos 60 anos, os coeficientes de internação começam a aumentar de 9,9% para 18,2% das pessoas idosas com 80 anos e mais⁷⁴. No ano de 2009, foram registradas 2.332.747 internações de pessoas idosas com idade superior a 60 anos no sistema público de saúde brasileiro, que correspondem a 21 % das admissões hospitalares no período. Mais do que isso, foram os óbitos de pessoas acima de 60 anos, correspondendo à mortalidade de 9,8% e a 59,1% do total de óbitos entre os indivíduos hospitalizados, considerando que as doenças crônicas não transmissíveis são as principais responsáveis pela morte dessas pessoas destacando-se as doenças do aparelho circulatório

com 30,64%, seguidas de doenças do aparelho respiratório com 22, 19% e as neoplasias com 9,5% dos óbitos⁷⁵.

Embora a hospitalização seja necessária em casos de doença aguda ou crônica descompensada, ela pode resultar em uma série de complicações não relacionadas ao motivo inicial da internação. Essas complicações muitas vezes levam ao aumento do tempo de permanência no hospital, declínio funcional, intervenções cirúrgicas não programadas e ao aumento da mortalidade⁷⁶. A hospitalização por doença aguda é um fator de risco importante para a perda funcional em pessoas idosas⁷⁷. Estudos mostram que já no segundo dia de internação há uma deterioração significativa da capacidade funcional para realizar atividades básicas⁷⁸. A ocorrência de eventos adversos e a piora da capacidade funcional durante a internação são decorrentes de uma combinação de fatores: a maior vulnerabilidade das pessoas idosas a esses eventos em virtude de alterações fisiológicas do envelhecimento, os efeitos danosos da imobilização, da restrição ao leito e da doença aguda e as reações adversas a medicamentos e procedimentos terapêuticos^{79 80}.

Desse modo, com a construção de novos pensamentos para o desenvolvimento de propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde, essas incorporaram-se às políticas públicas brasileiras a partir de 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil. A definição “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*” estabelece uma norma que é garantida por meio políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos (Art. 196)⁸¹. Essa proposta já havia sido feita pela Organização Mundial da Saúde na metade do século XX, com o reconhecimento da saúde como um dos direitos humanos coletivos⁸².

Com esse amparo legal, vêm sendo implantadas, progressivamente, formulações de políticas, programas e serviços de saúde intersetoriais em várias esferas do governo, seja no âmbito público ou em convênio com o setor privado, que buscam modelos assistenciais com tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressa necessidades sociais, historicamente definidas⁸³. Na atualidade, considera-se a possibilidade de instituir, na atenção à saúde, o princípio da humanização do SUS, considerado um dos grandes desafios frente as influências do contexto socio-econômico do país.

Nesse sentido, a assistência domiciliária configura-se, no âmbito das políticas de saúde, uma alternativa entre a atenção hospitalar e a ambulatorial, no atendimento e na promoção da saúde, especialmente da população idosa. Dessa forma, a modalidade

domiciliária de atenção à saúde conta com a existência de uma legislação que ampara a pessoa idosa. A Carta Magna do Brasil possibilitou a ampliação de outras conquistas em defesa dos direitos dessa população, destacando-se a Política Nacional do Idoso, Lei 8.942/94,³⁰ e o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003,³¹ adotados como marco legal das conquistas em prol do fortalecimento da atenção à população idosa do País.

Sob o amparo da legislação vigente, é necessário repensar a assistência de saúde dirigida ao idoso no Brasil, considerando que são valorizadas, no País, apenas ações de infraestrutura de serviços de saúde, com foco em assistência hospitalar, em detrimento de outros serviços que poderiam atender pessoas, principalmente idosos, com possibilidades de redução de custos e uma maior dignidade na assistência, a exemplo da assistência domiciliária.

Ao longo da história, a assistência domiciliária vem ganhando espaço em todo o mundo, principalmente nos centros mais desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos e Europa. No Brasil, por muito tempo, tal procedimento voltava-se para a área da saúde pública, visando à prevenção e à promoção da saúde. O primeiro Sistema de Assistência Domiciliária à Saúde (ADS) foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1968. Na ocasião, tinha como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados. A estratégia adotada foi a implantação de um tipo restrito de atendimento domiciliário pautado nos cuidados de baixa complexidade clínica¹³.

Dessa forma, tem se constatado um crescimento no número de empresas privadas que oferecem essa modalidade de atendimento. Apenas a título de comparação, em 1994, existiam cinco empresas e, em 1999, esse número passou para uma marca superior a cento e oitenta empresas. No serviço público, através do Sistema Único de Saúde, a operacionalização desse serviço permanece incipiente em muitas regiões, encontrando-se acessível somente em algumas regiões e centros urbanos mais desenvolvidos do País^{84 85}.

Assim, a inexistência ou a falta de propagação desse serviço talvez se deva ao fato de a legislação ter se revelado um constructo de amparo particular de atenção à saúde, que requer a prestação de serviço multiprofissional e interdisciplinar. De acordo com as normas brasileiras, destacam-se alguns documentos legais, tais quais: a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN nº 270/2002,⁸⁶ a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM nº 1.668/2003⁸⁷ e a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11/2006,⁸⁸ entre outros dispositivos que normatizam empresas e outras associações que vêm se preocupando com a prestação de serviços nesse segmento de assistência.

Com a mudança no cenário de vida e de saúde da população brasileira, vem aumentando, cada vez mais, a demanda por melhorias na qualidade de atenção à saúde numa perspectiva de cuidado integral e, ao mesmo tempo, aumentando a necessidade de ampliar a rede de assistência que atende à população de uma forma integrada e humanizada. Diante dessas necessidades, foi implantado o serviço de assistência domiciliar denominado “Melhor em Casa - a segurança do hospital no conforto do seu lar”, com a instituição da Portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011,⁸⁹ que foi substituída pela Portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011,⁹⁰ com o apoio do Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Esse processo ocorreu a partir de negociação e pactuação entre gestores municipais e estaduais, com a esfera federal, representando avanços para a gestão de todo o sistema público de saúde do País.

Dessa forma, assistência domiciliária aponta para uma reestruturação e reorganização da atenção à saúde, para além dos serviços institucionalizados, adentrando na construção de uma nova ação profissional no contexto da saúde, envolvendo ou interagindo no local de vida de indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio. Sabe-se que, ao longo da história, essa modalidade de assistência foi reconhecida, com plena interação entre paciente, família, cuidador e profissionais. Caracterizou-se, também, pelo acolhimento e pela atenção à subjetividade de cada indivíduo, estruturando-se no âmbito das políticas de saúde em todo País.

Neste cenário do cuidar em domicílio, contata-se a família como principal núcleo de apoio afetivo e social, grande aliada como corresponsável no tratamento de pessoas que recebem assistência em seu lar. Considera-se um potencial determinado pelas suas percepções das experiências que vivenciam que, por sua vez, influenciam suas ações no manejo destas mesmas experiências⁹¹. Na gerontologia, existe um consenso de que o cuidado pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e instituições de saúde.

Angelo⁹² refere que a família provê de 80% a 90% do cuidado dos seus membros idosos, o que inclui cuidado médico e de enfermagem, entre tantos outros serviços. O estar com o idoso nos momentos difíceis de sua doença vem colaborar, principalmente, para diminuir a sua ansiedade e tornar a intervenção profissional mais efetiva. Porém, o papel de destaque da família na viabilização da assistência domiciliar e as mudanças observadas na estrutura familiar para manutenção dos cuidados domiciliares demandam medidas e responsabilidades dos gestores em saúde pública, para com esta clientela^{93 94}.

Associado à dinâmica do cuidado em domicílio, destacamos também a presença do cuidador, definido pelo Ministério da Saúde como cuidador informal e formal. O primeiro é um membro da família, ou da comunidade, que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas

dependentes, de acordo com as necessidades específicas. O segundo, o cuidador formal é o profissional preparado em uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas do usuário⁹⁵.

Estudos evidenciam que, para muitos cuidadores, o cuidar está relacionado ao prazer, à satisfação da missão cumprida, valorização da pessoa cuidada, retribuição ao cuidado já prestado pela pessoa que está sendo cuidada, enfim, algo gratificante⁹⁶. Para outros estudos, a sobrecarga física e psicológica traz efeitos negativos na vida do cuidador, tal como os problemas de saúde mental, o isolamento social, os sintomas de depressão e ansiedade⁹⁷. Assim, a adesão do cuidador deve ser espontânea, estimulada e sempre com suporte de informação, nunca imposta⁹⁸.

Pontuando essa dinâmica de pessoas que cuidam, estudos recentes consideram que o domicílio é um espaço social para o idoso. É um *locus* que exerce um papel importante na manutenção da própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência, deixando o idoso mais próximo de sua realidade, do convívio familiar e social de seus objetos pessoais, contribuindo, assim, para a melhor recuperação e promoção de sua saúde¹³.

Estudos consideram as vantagens do atendimento domiciliar como sendo: facilitar a implementação de atividades destinadas a promover a integração e reabilitação do paciente em ambiente habitual e familiar, reduzir custos com internações e reintegrações, diminuir os riscos de infecções hospitalares, aumentar a rotatividade dos leitos em hospitais e melhorar as condições psicológicas do doente⁹⁹.

Ao mesmo tempo, outros estudos expõem diversos aspectos problemáticos e conflituosos, do ponto de vista ético, no atendimento domiciliário ao idoso. Nessa perspectiva, destacam-se os questionamentos sobre as escolhas autônomas do paciente idoso para essa modalidade de assistência, ações dos cuidadores que podem ser transformadas ou não em ações efetivamente terapêuticas ou em implicações de sequelas para o idoso. Questiona-se, também, a transferência de tecnologias médicas para os domicílios, transformando-os em meros “satélites” dos hospitais, sem a devida competência necessária e legalização de atuação¹⁰⁰.

Mesmo ante as divergências conceituais, a assistência domiciliária surge e se consolida como uma alternativa viável de atenção à saúde, numa perspectiva que proporciona reflexões sobre o cuidar humano; principalmente, no que tange ao atendimento às pessoas idosas comprometidas com sua independência, as quais, muitas vezes, encontram-se debilitadas devido às doenças crônicas não transmissíveis.

É factível a necessidade de uma política de assistência que valorize a dignidade do ser humano, nas tomadas de decisões, e considere a devida competência técnico-científica, em congruência à perspectiva de humanização da assistência preconizada pelo SUS, valorizando as dimensões física, social, psíquica, emocional e espiritual do indivíduo, no espaço de cuidado onde os idosos estão inseridos, seja na modalidade domiciliária ou hospitalar. É preciso, também, valorizar a importância da integralidade no cuidado nos serviços, definida como um conjunto de ações que integrem medidas curativas e assistenciais, preventivas e promocionais de pessoas, grupos e coletividade, percebendo e compreendendo o usuário como sujeito holístico, ou seja, histórico, social, político e espiritual, articulado ao meio ambiente, à sociedade na qual se insere e em seu contexto familiar¹⁰¹.

Na perspectiva do cuidar de pessoas idosas é preciso compreender a relação de cuidar e ser cuidado. O cuidar suscita que as velhas relações e atividades do cotidiano sejam redefinidas, tanto de rotina como de vida, pois são introduzidas relações psicossociais no cotidiano, onde a doença põe em suspensão a vida familiar¹⁰². Novos processos se instalam e aos poucos reintroduzindo algo do velho num novo cotidiano¹⁰³. Percebe-se que o espaço domiciliar como possibilidade de cuidado integra-se ao processo de assistência que requer um trabalho compartilhado entre profissionais e familiares.

Compreendemos que os significados do cuidado traduzem toda uma trajetória histórica que hoje pode ser ponto de partida para os profissionais refletir e propor novas tendências para este cuidar. Ao longo da história, a família sempre foi um grande pilar quando se refere ao cuidado, sendo a primeira unidade de cuidados. Nesse enlace de cuidados, família e profissionais, juntos possam assumir a possibilidade de resiliência numa teia relacional ante o envelhecimento humano¹⁰⁴.

Um dos aspectos mais importantes do cuidado é que este conduz a um processo de transformação dos seres através do desenvolvimento de suas capacidades de saber e amar.¹⁰⁴ É oportuno destacar que o processo de trabalho em saúde envolve problemas complexos, de múltiplas dimensões, e o conhecimento científico tem respostas apenas para alguns aspectos. Vasconcelos¹⁰⁵ refere que “a razão não é suficiente para lidar com toda essa complexidade”. É importante que o entendimento do cuidado seja de forma a contemplar a multidimensionalidade do ser humano, nas ações de cuidado instrumentais ou técnicas entrelaçadas com as ações relacionadas com a subjetividade humana. Waldow¹⁰⁶ assevera que o cuidado é traduzido por meio da integridade, espiritualidade, sensibilidade e visão ecológica como parte da ética humana, revelando a pessoa idosa como um ser multidimensional, bio-psico-sociopolítico e espiritual.

Essa percepção do cuidado, considerada eminentemente humana, abrangente, nas últimas décadas tem sido um grande foco de atenção na perspectiva da promoção de uma melhor atenção à saúde. Assunto que tem despertado interesse de pesquisadores quando a qualidade de vida é abordada nos seus múltiplos aspectos, conseqüentemente, avançando na área da espiritualidade.

3.4 ESPIRITUALIDADE EM IDOSOS

A espiritualidade e a qualidade de vida em foco hoje, na área da saúde, têm contribuído para mudanças de novos paradigmas no contexto do cuidado, principalmente, na velhice. Boff¹⁰⁷ refere que a tarefa fundamental do cuidador de saúde é procurar atender ao ser humano de modo a promover a realização de suas necessidades de forma integral, pois cuidar da saúde significa contemplar as dimensões do corpo, da mente e do espírito a fim de promover a totalidade humana.

A espiritualidade, como a religiosidade, sempre foram importantes aliadas das pessoas, como parte da dimensão humana, principalmente quando estas se encontram enfermas. Há indícios consistentes, observados nos mais diversos estudos acerca da condição humana, de uma associação harmônica entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida e da influência das tradições e valores religiosos e espirituais nas práticas de saúde².

Para melhor compreensão, é preciso destacar que a espiritualidade e a religiosidade não são sinônimas, porém estão relacionadas. Para Durkheim¹⁰⁸, a religião é um sistema solidário de crenças, com práticas relativas às coisas sagradas, que se unem na mesma comunidade moral, chamada igreja. Para Jung^{109 110}, a religião, ou a religiosidade é encarada como uma atitude do espírito humano que, de acordo com o emprego original do termo *religio*, poderia ser considerada como uma observação cuidadosa de fatores dinâmicos concebidos como potências, que influenciam a consciência e, portanto, é transformada pela experiência do numinoso.

Koenig¹¹¹ define religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente. Panzini et al¹¹² referem que religião é como sendo a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, dando ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte

do corpo. Religiosidade é definida como a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião.

A religiosidade tende a denotar um sentido mais estrito, vinculado à religião institucional. A espiritualidade tende a ser diferenciada de religião em função de um sentido ou conotação mais individual ou subjetivo de experiência do sagrado. A espiritualidade deriva de *spiritus*, que designa o sopro da vida que anima a matéria. É uma espécie de abertura para o que é transcendente à vida física e concreta. O componente espiritual cria um campo fértil para o desenvolvimento de uma visão de mundo que confere significado à existência e desperta um sentido de pertença maior que o campo individual, como um elemento fundamental da constituição do próprio sujeito¹¹³. A espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitada a tipos de crenças ou práticas¹¹⁴. Para Frankl¹¹⁵, a espiritualidade é o impulso de buscar significado e propósito para a existência [...]. A dimensão espiritual compõe-se de: necessidades de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; de ter esperança/vontade para viver e de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus¹¹⁶.

Chauí¹¹⁷ traz, para reflexão, uma indagação de atitude filosófica que são as crenças e os sentimentos que alimentam, silenciosamente, nossa existência. Dessa forma, é plausível tentar fazer contato com essa essência única que cada um traz em seu interior. É um desafio para todos os seres humanos, em especial no processo de envelhecimento, ou na própria velhice: a busca do sentido para sua existência. A inclusão da dimensão espiritual, no conceito de saúde, leva-nos a refletir sobre a dinâmica do envelhecimento. Cícero,⁵⁵ em “Saber Envelhecer”, apresenta a sua perspectiva filosófica sobre o envelhecimento, segundo a qual, ao invés de recriminar a velhice como um fardo pesado, as lamentações da maturidade decorrem do caráter individual e que é a natureza pessoal, e não a velhice, que torna a idade avançada penosa. Afirma que “quem não encontra dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade, achará execráveis todas as idades da vida. Mas todo aquele que sabe tirar de si próprio o essencial não poderia reprovar as necessidades da natureza”.

Jung¹¹⁸ pontua que na segunda metade da vida as pessoas tendem à introspecção e que nessa fase a pessoa passa por uma constante reavaliação de si mesmo, em busca de um significado para a vida e para a morte. O autor aponta um intenso desenvolvimento da espiritualidade durante essa fase, referindo-se a esse fenômeno como uma experiência interior. Ele destaca como parte desse processo, a numinosidade: uma experiência forte e poderosa que traz grandes mudanças na consciência.

Assim, o envelhecimento ou a velhice é marcada com grandes possibilidades de sabedoria, criatividade pessoal, potencialidades tornando o indivíduo menos impulsivo e extrovertido, adotando valores sociais, religiosos, filosóficos mais consistentes. Porém, são exigidos cada vez mais esforços para novos significados da sua realidade diante de uma maior dissolução dos vínculos afetivos nas suas relações familiares e sociais fazendo-se necessária a presença de outros recursos simbólicos que auxiliem na tentativa de ser reiventado outro significado na sua própria vida^{119 120}. Estudos ilustram que com o aumento da idade verificam-se índices mais elevados de espiritualidade, ou seja, o envelhecimento está associado a uma maior vivência espiritual. Nessa fase, a pessoa idosa encara a vida numa nova perspectiva na tentativa de atribuir um sentido, integrando a vida passada com o presente e a incerteza do futuro^{120 121 122}.

Percebe-se a importância de compreender a espiritualidade no processo do envelhecimento, porém, estudos também discutem a relação desse constructo com as pessoas doentes e com as que sofrem¹¹⁶. Referem que as práticas religiosas podem ter influência importante na forma como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a autoconfiança em lidar com as adversidades¹²³. Estudos desenvolvidos por Anandarajah e High¹²⁴ constataram que: 94% dos doentes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde espiritual é tão importante quanto à física; 77% acreditam que os médicos deveriam considerar mais as necessidades espirituais; e 37% gostavam de falar com os médicos sobre crenças religiosas; mas 80% dos médicos nunca ou raramente discutem questões espirituais ou religiosas com os seus doentes. Larson e Koenig¹²⁵, nos seus estudos, revelam que 73% das pessoas acreditam que devem compartilhar as suas crenças religiosas com o médico e 66% demonstram interesse de que o médico pergunte sobre sua espiritualidade. Além disso, a grande maioria dos usuários de serviços de saúde, avaliados em 350 estudos científicos, quer ser perguntada sobre sua espiritualidade e/ou suas crenças religiosas no contexto do cuidado à saúde¹²⁶.

Estudos científicos evidenciam importante papel da espiritualidade na saúde e bem-estar dos pacientes, atraindo aos olhos dos profissionais promissoras oportunidades de inovação na forma como ofertam alívio e conforto durante o cuidado¹²⁷. Compreendendo a importância da associação da dimensão espiritual à biológica, a Associação Americana de Faculdades Médicas¹²⁸ e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõem a inclusão da espiritualidade na prática médica e na educação dos profissionais¹²⁹. Nesse sentido, tais assertivas reafirmam a necessidade de se repensar a assistência prestada às pessoas e despertar

para a importância da relação entre saúde e espiritualidade, principalmente quando se vive situações de agravos à saúde.

Nesse contexto da relação saúde e espiritualidade, destaca-se o Grupo de pesquisa da OMS, o WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*), que incluiu, no seu instrumento genérico de avaliação, a correlação entre corpo e espírito, quando se refere a um domínio que é denominado de Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB, em inglês), numa perspectiva de valorizar a dimensão espiritual do ser humano. O instrumento é composto por oito facetas, que são: Conexão com o Ser ou Força Espiritual, Sentido na Vida, Admiração, Totalidade e Integração, Força Espiritual, Paz Interior, Esperança e Otimismo. Trata-se de um estudo transcultural para desenvolver uma medida que avalie de que forma a espiritualidade, religião e crenças pessoais (SRPB, em inglês) estão relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde^{130 131 132}.

Portanto, percebe-se que, nos últimos anos, o sistema de saúde vem procurando formas de reestruturar sua área de conhecimento, de modo a fundamentar o cuidado dentro da concepção integral do indivíduo, passando a considerar que o ser humano não é, simplesmente, um organismo biológico, mas também um ser psicossocial e espiritual, constituindo-se naquilo que determina a sua singularidade como pessoa. A partir de 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁹ ampliou a definição de saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”, levando a Organização das Nações Unidas (ONU)²⁸ a descrever, em seu relatório, os fatores necessários a uma boa qualidade de vida, incluindo a saúde do espírito. Portanto, a consciência do cuidar requer a construção de um novo modelo de cuidado que deve ser elaborado na perspectiva integral do ser humano, apontando para uma estruturação multidisciplinar voltada, principalmente, para as pessoas idosas numa perspectiva de qualidade de vida.

3.5 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

O conceito de qualidade de vida apresenta-se de forma ampla, complexa envolvendo a saúde física, psicológica, dependência, relações sociais, crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente¹³³. Está estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe como valor intrínseco e intuitivo, o qual está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano – viver bem e sentir-se bem¹⁷. Nesse sentido, faz-se necessário entender significados e percepções sobre qualidade de vida nas diversas áreas do conhecimento humano, seja do ponto de vista biológico, social, político,

econômico e cultural. Essa dinâmica de inter-relações suscita a busca pela compreensão de que essas estruturas influenciam na qualidade de vida das pessoas e estão conectadas às complexas realidades cotidianas¹³⁴. Mantém, com efeito, estreito vínculo com o conceito de bioética, entendida como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver¹³⁵. Minayo¹³⁶ refere que qualidade de vida é uma expressão portadora de muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ela se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

O termo qualidade de vida foi usado pela primeira vez em 1920, no livro de Pigou, intitulado *The Economics of Welfare*. Neste livro, o autor discutia o suporte governamental para a população e suas repercussões sobre a economia americana, porém não teve grande influência na sociedade¹³⁷. Foi somente a partir da década de 60 que o termo qualidade de vida foi utilizado na área da saúde, mais precisamente em 1966 no editorial do Anais de Medicina Interna, sob o título Medicina e Qualidade de vida, onde Elkiton apontou a necessidade de se ter um orçamento em saúde para promover a qualidade de vida e saúde para toda a sociedade. Nesse mesmo escrito, o autor chamou atenção para os efeitos ambivalentes dos tratamentos fortemente invasivos, como a diálise e o transplante renal¹³⁸.

Assim, gradativamente, este conceito vai sendo ampliado englobando o desenvolvimento no campo da medicina, da sociologia e da política, da economia e na psicologia social, sendo valorizada a percepção das pessoas a respeito de suas vidas^{139 140}. Inúmeros significados vão sendo associados para o entendimento da qualidade de vida vindo ao encontro das perspectivas econômicas, demográficas, antropológicas, bioéticas e, mais recentemente, ambiental e de saúde pública¹⁴¹.

A Organização Mundial de Saúde entende a abrangência da qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹⁷. Para tanto, o Grupo *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL), por meio dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, numa visão relativa, utiliza-se de uma abordagem ideográfica que procura entender o indivíduo como um ser único, considerando as diferenças entre as pessoas como sendo mais importantes que as similaridades¹¹². Além desses instrumentos genéricos de avaliação da Qualidade de Vida, outros instrumentos são de grande utilização em pesquisas e na prática

clínica, como o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey*¹⁴² e o *Sickness Impact Profile*¹⁴³.

Com base nesses instrumentos, sabe-se que, na avaliação da qualidade de vida, são considerados tanto os aspectos objetivos, subjetivos como os multidimensionais. Essa coalescência de fatores evidencia a atualidade do processo, sua relevância e multidisciplinaridade. É factível que existe uma íntima relação com a área da saúde, quando definimos a saúde como “um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades”²⁹. Dessa forma, a saúde é um processo instável, podendo ter mudanças rápidas e ser fortemente influenciada por ações do sujeito e do ambiente. Assim, o estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, apresentando-se como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo¹⁴⁴.

Dessa forma, quando se volta para estudos sobre envelhecimento, diante das variações do estado de saúde da própria velhice, observa-se a grande importância científica e social. Com o aumento do tempo de vida, é imprescindível repensar medidas que garantam aos idosos não somente viver mais ou postergar a longevidade, mas, como viver com qualidade, com satisfação e de forma feliz. Ao envelhecer, provavelmente, aparecerão as doenças, muitas vezes, crônicas não transmissíveis. Tal condição pode influenciar a qualidade de vida, sendo amplamente reconhecida como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos¹⁴⁵.

Sabe-se que a forma como avaliamos nosso modo de viver e a nossa satisfação com a vida está relacionada a questões subjetivas, a critérios definidos individualmente, que se entrelaçam com as condições existentes (moradia, saúde, relações) e com as expectativas individuais¹⁴⁶. Porém, percebe-se que os profissionais da saúde, geralmente, focam suas ações de cuidado ao idoso no controle da morbidade e mortalidade. Recentemente, mudanças de paradigmas estão acontecendo, na tentativa de redirecionar o foco da atuação para a avaliação do impacto da doença e seu comprometimento na qualidade de vida. Assim, não podemos esquecer que saúde é apenas um dos aspectos da vida. Mesmo quando a integridade corporal está comprometida, a vida pode ter boa qualidade.

Dessa forma, Alleyne¹⁴⁷ refere que encontramos indivíduos que nos surpreendem com sua satisfação e alegria de viver, sua serenidade, seu senso de controle pessoal, seu estado de espírito, sua vontade de viver, sua competência comportamental, sua autoestima, sua inserção familiar e social, sua maneira de encarar a vida, o sentido que deram às suas vidas, o significado que suas vidas representam para os outros e que, por outro lado, não estão

íntegros do ponto de vista corporal. Assim, a qualidade de vida poderá ser possível nos tempos confortáveis quanto nos desafiadores, a depender da esfera subjetiva de percepção de cada pessoa.

Porém, sabe-se que, com o processo de envelhecimento, quando se iniciam os declínios das funções, evidenciam-se, naturalmente, as maiores preocupações em relação à qualidade de vida. Assim, muitos idosos prosseguem na vida saudáveis, com boa habilidade funcional, tanto física como cognitiva, de acordo com seus hábitos e estilo de vida saudáveis. Em contrapartida, outros podem adquirir incapacidades no processo de suas vidas em qualquer dos domínios (físico, psicológico e social), muitas vezes, culminando em alguma doença¹³⁹.

Dessa forma, a qualidade de vida tem se tornado um dos principais critérios na avaliação da saúde e da eficácia dos tratamentos, devendo qualquer intervenção ser revertida em benefícios e bem-estar para as pessoas idosas. As avaliações dos serviços dirigidos aos idosos devem considerar indicadores físicos, sociais, intelectuais, mentais e emocionais e a repercussão nos sintomas apresentados, além da sensação e percepção do indivíduo em tratamento sobre o seu bem-estar¹⁴⁸.

Portanto, ante um novo quadro demográfico e epidemiológico apresentado, é preciso repensar um novo modelo de assistência à pessoa idosa, considerando cuidados e proteção social, numa perspectiva de qualidade de vida, no qual a família assume um papel central. De acordo com a Constituição Federal de 1988, no artigo 230 §1º, “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”. O ambiente familiar é colocado como meio prioritário para a permanência do idoso⁸¹. O discurso atual das políticas de atenção ao idoso prevê uma redistribuição de atividades, prevendo a participação do Estado, da sociedade e da família nas ações de proteção e assistência ao idoso, incentivo à participação dos setores público e privado na atuação dessas políticas e a primazia por uma assistência ao idoso domiciliar, na qual a família representa um papel importante de assistência e proteção¹⁴⁹.

Dessa maneira, percebe a dificuldade das políticas públicas para acompanhar o rápido crescimento da população idosa, registrado no Brasil, principalmente nesse início do século XXI e, conseqüentemente, a tão almejada qualidade de vida com o aumento da sobrevida da população idosa, refletindo na incapacidade de um suporte compatível com as necessidades das pessoas idosas e seus familiares. O ideal seria o compartilhamento de responsabilidade entre o Estado, a sociedade e a família com ações que aperfeiçoem o apoio necessário ao desenvolvimento de atenção voltada à população idosa na busca de uma melhor

qualidade de vida. Para tanto, percebe-se que no Brasil pesquisas em relação a espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida necessitam cada vez afirmar-se como campo de interesse científico. Segundo Panzini⁴ há indícios consistentes de associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico. Considera que a a atenção ao aspecto da religiosidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde, visto que cada vez mais a ciência admite a importância da dimensão espiritual e religiosa do ser humano com grande influência na qualidade de vida.

No Brasil, o sistema de saúde é formado por uma rede complexa de serviços com uma combinação do público e privado, na prestação de assistência à população. No entanto, mediante o perfil demográfico e epidemiológico do país, as necessidades da população de pessoas idosas precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas novas estratégias no âmbito da assistência à saúde. Dessa forma, possibilitando essa demanda da população participar como protagonista de seu processo saúde-doença exercendo sua autonomia na construção e na efetivação de políticas públicas, que viabilize de forma digna o viver e o envelhecer com qualidade de vida.

4 OBJETIVO GERAL

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a espiritualidade e a qualidade de vida em pessoas idosas em assistência domiciliária e hospitalar, por meios da saúde suplementar, na cidade de João Pessoa - PB.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil sócio-demográficos, clínico e grau de confiança e satisfação de pessoas idosas em assistência domiciliária comparando com os que estão em assistência hospitalar;

- Investigar a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos idosos em assistência domiciliária e assistência hospitalar, utilizando o instrumento WHOQOL – SRPB;

- Avaliar a qualidade de vida dos idosos em assistência domiciliária e assistência hospitalar, utilizando o instrumento WHOQOL-OLD e WHOQOL- BREF;

- Comparar a qualidade de vida e a espiritualidade em pessoas idosas nas assistências domiciliária e hospitalar.

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Realizou-se um estudo transversal, de cunho descritivo, analítico, exploratório, contemplando uma abordagem quantitativa. De acordo com Cajueiro¹⁵⁰, a pesquisa exploratória busca, em geral, explorar o problema a fim de torná-lo explícito e possibilitar a criação de hipóteses. Para Gil¹⁵¹, as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis. E elas, juntamente com as exploratórias, são também as mais solicitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos, entre outros.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi de pessoas idosas com 60 anos ou mais, dividida em dois grupos: 30 pessoas idosas que estavam submetidas à assistência domiciliária e 30 em assistência hospitalar, considerando que todas estavam vinculadas ao Setor de Saúde Suplementar na cidade de João Pessoa-PB. A amostra foi do tipo aleatória, casual, com todas as pessoas idosas das duas modalidades de assistência e que aceitaram participar da pesquisa, estabelecido em 30 pessoas idosas por grupo.

Para o cálculo amostral foi utilizando o programa *Action 2.2*. Calculando o tamanho amostral para teste T, baseado no nível de significância 0,05 com poder estatístico de 90% necessitaríamos um número amostral de 15 pessoas para cada grupo. Caso encontrássemos a diferença hipotética de 11,11 no valor global do WHOQOL entre os dois grupos e se a diferença observada fosse de tão somente 8, necessitaríamos de um tamanho amostral de 26 pessoas. Assim, o tamanho amostral do nosso estudo foi de 30 pessoas idosas em cada grupo a ser pesquisado.

5.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

5.2.1.1 Inclusão

Foram incluídas na pesquisa as pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, que estavam conscientes e orientadas, que apresentaram facilidade na expressão oral, e que se encontravam no momento da entrevista em assistência domiciliária e assistência hospitalar, no mínimo há duas semanas.

5.2.1.2 Exclusão

Foram excluídos da amostra, idosos que apresentaram comprometimento cognitivo, uma vez que dificultava a compreensão dos itens dos questionários.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada nas residências das pessoas idosas, onde os mesmos estavam sendo assistidos, e em um hospital geral, da cidade de João Pessoa, Paraíba.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2013, de segunda a sexta, nos turnos da manhã e tarde, sempre com início às nove e quinze horas respectivamente, preservando o bem-estar de cada entrevistado. Previamente foi feito contato com uma empresa que oferece Serviços de Assistência Domiciliária por meio do Setor de Saúde Suplementar na cidade de João Pessoa-PB. Após autorização por escrito do gestor, foi realizado um levantamento dos participantes, ao mesmo tempo, disponibilizado pela empresa o nome da pessoa idosa, endereço, telefone e o nome do responsável direto pela pessoa. O contato inicial foi realizado pela pesquisadora com a utilização do telefone, quando na ocasião foram propostos dia e hora da visita para a entrevista no domicílio.

Quando da visita ao domicílio, os participantes do estudo foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimento dos objetivos do estudo e com o aceite da participação os mesmos foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sempre na presença do seu responsável. Após a assinatura do termo pela pessoa idosa, o seu responsável era convidado a se retirar do ambiente da entrevista para que o entrevistado se sentisse à vontade nas suas respostas. Todas as pessoas convidadas aceitaram participar da pesquisa. A aplicação dos questionários foi realizada oralmente de forma que a pesquisadora formulava a pergunta e mencionava pausadamente cada resposta na intenção de

promover a livre escolha da resposta pelo entrevistado. Cada entrevista, com a aplicação de todos os questionários, teve uma duração em média de uma hora.

Na pesquisa no ambiente hospitalar foi solicitada por escrito uma autorização da direção geral da instituição. Em seguida, a pesquisadora foi encaminhada à coordenação de enfermagem e a uma médica geriatra do serviço para que fosse dado o apoio necessário ao desenvolvimento do estudo. A cada ida da pesquisadora ao hospital era realizado um levantamento dos pacientes com idade de 60 anos ou mais que se encontravam internados há duas semanas ou mais. Em seguida, a pesquisadora se dirigiu aos apartamentos do hospital onde as pessoas idosas eram convidadas a participar do estudo. Após esclarecimento da proposta, com o aceite da participação, os mesmos foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, sempre na presença do seu responsável. Após a assinatura do termo pela pessoa idosa, o seu responsável era convidado a se retirar do ambiente da entrevista para que o entrevistado se sentisse à vontade nas suas respostas. A aplicação dos questionários foi realizada oralmente de forma que a pesquisadora formulava a pergunta e mencionava pausadamente cada resposta na intenção de promover a livre escolha da resposta pelo entrevistado, sendo respeitado o tempo de cada pessoa idosa entrevistada e algumas intercorrências no processo da assistência pelos profissionais. Cada entrevista teve uma duração em média de uma hora. Das pessoas idosas convidadas apenas um paciente se recusou a participar.

5.5 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

5.5.1 Miniexame de Estado Mental (MEEM) (Anexo C)

É um instrumento utilizado mundialmente e possui versões em diversas línguas e países. Foi validado para a população brasileira, usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, fornecendo informações sobre diferentes parâmetros cognitivos e rastreamento de quadros demenciais. Elaborado por Folstein et al ¹⁵², é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Faz parte de várias baterias de testes neuropsicológicos, tais como o *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), o *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX-R) e o *A Structured Interview for the Diagnosis of Dementia* (SIDAM)^{153 154}.

O teste MEEM inclui questões e problemas simples em sete categorias, com objetivos específicos para avaliar as funções cognitivas dos participantes. A primeira

categoria *orientação temporal* apresenta uma escala de cinco pontos, cujo objetivo é avaliar a capacidade como: o local e momento do teste, repetição de listas de palavras, aritmética com uma série de setes, uso e compreensão de linguagem e habilidades motoras básicas, além de uma questão que pede para copiar o desenho de dois pentágonos¹⁵².

As categorias são planejadas com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva.

No Brasil, o MEEM recebeu a atenção de clínicos e pesquisadores, sendo utilizado, ainda que em um número restrito de centros, em atividades clínicas e de investigação científica¹⁵⁴. A denominação é “mini” porque concentra apenas os aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais que são cobertas, por exemplo, pela Escala de Demência de Blessed. Este teste pode ser aplicado por um clínico, profissionais de outras áreas ou pessoa leiga após treinamento. Atualmente, é amplamente utilizado, como escala funcional cognitiva na geriatria em serviços especializados de atenção ao idoso. No Brasil, o MEEM recebeu a atenção de clínicos e pesquisadores, contribuindo muitas vezes quando associados a outras investigações¹⁵⁵.

5.5.2 Ficha sociodemográficos (Apêndice E)

O questionário sociodemográfico tem como objetivo apreender o perfil da amostra, sendo estruturado com perguntas abertas e fechadas contemplando as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião, renda, condições de moradia, arranjo familiar, diagnósticos, grau de satisfação e confiança com assistência recebida.

5.5.3 Questionário WHOQOL - BREF (Anexo D)

O WHOQOL-BREF é a versão abreviada do WHOQOL-100, que consiste em um instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida dos indivíduos. No Brasil foi validado por Fleck, em 2000, com o artigo “Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-BREF”, apresentando bom

desempenho psicométrico e praticidade de uso. A versão em português do instrumento apresentou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste¹⁵⁶.

O método WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural, valorizando a percepção individual de cada pessoa, considerado uma de suas vantagens. Esse instrumento foi utilizado em diversos países e em diferentes grupos de pessoas, demonstrando suas muitas possibilidades de uso em uma perspectiva internacional e transcultural¹⁵⁷.

Esse instrumento pode ser utilizado tanto em populações saudáveis como em populações acometidas por agravos e doenças crônicas. Além disso, ele também é utilizado na prática clínica como forma de aprimorar a relação médico-paciente, como instrumento de avaliação e comparação de resposta a diferentes tratamentos, em avaliações de serviços de saúde, em pesquisas e em avaliação de políticas de saúde¹⁵⁷.

Trata-se de um instrumento curto, de rápida aplicação, aplicado em vários estudos, com crescente utilização. O WHOQOL-BREF teve início em 1998 e vem se destacando ao longo dos anos com aumento da sua utilização nas pesquisas, destacando-se os anos de 2005 e 2006, com 62,1% de toda produção científica analisada no período. Com esses resultados, entende-se a sua importância no que pode auxiliar no desenvolvimento de novas pesquisas¹⁵⁸.

O mesmo contém 26 questões. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As demais questões são distribuídas em quatro domínios: *relações sociais* ($\alpha = 0,81$); *psicológico* ($\alpha = 0,82$); *físico* ($\alpha = 0,88$) e *meio ambiente* ($\alpha = 0,83$). Cada domínio é composto por questões cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5¹⁵⁸.

5.5.4 Questionário WHOQOL - OLD (Anexo E)

O WHOQOL-OLD é um instrumento recente, teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros, utilizado como complemento dos questionários WHOQOL 100 ou WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida em idosos. Portanto, entende-se que este instrumento contribui com informações adicionais acerca da qualidade de vida nessa população específica, abrangendo aspectos relevantes e não abordados nos instrumentos desenhados originalmente para populações não idosas¹⁵⁹. Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido e validado no Brasil, onde os entrevistados responderão às perguntas tendo em mente seus valores, esperanças, prazeres e preocupações, considerando as duas últimas semanas¹⁶⁰.

O WHOQOL-OLD¹⁶⁰ é composto por 24 itens sendo respondido por escala tipo Likert variando de 1 (*nada*) a 5 (*completamente*), divididos em seis facetas. Cada faceta é composta por 4 itens, gerando escores que variam de 4 a 20 pontos. Os escores das seis facetas combinados com as respostas aos 24 itens geram também um escore *overall* (total). A análise dos dados gerados no teste de campo internacional indica que o módulo WHOQOL-OLD pode ser utilizado como adicional tanto ao WHOQOL – 100 quanto ao WHOQOL-OLD. O questionário contém seis domínios com perguntas em relação aos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da qualidade de vida, abordando questões que podem ser importantes para a pessoa idosa como membro mais velho da sociedade. As facetas que avaliam a qualidade de vida, são elas: Funcionamento do Sensório ($\alpha = 0,85$); Autonomia ($\alpha = 0,66$); Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($\alpha = 0,73$); Participação Social ($\alpha = 0,88$); Morte e Morrer ($\alpha = 0,79$) e Intimidade ($\alpha = 0,88$)¹⁶⁰.

A faceta *Funcionamento do Sensório* avalia funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos. A *Autonomia* refere-se à independência na velhice, descrevendo até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. O domínio *Atividades Passadas, Presentes e Futuras* refere-se às atividades desenvolvidas pelas pessoas idosas descrevendo a satisfação sobre conquistas na vida e os projetos ou anseios futuros. Quanto à *Participação Social*, essa delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade em que se está inserido. E finalmente, a faceta *Morte e Morrer* encontra-se relacionada às preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e o morrer. A *Intimidade* avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas¹⁶⁰.

Deste modo, a metodologia aplicada no desenvolvimento do módulo WHOQOL-OLD mostra-se particularmente importante para fins de pesquisa em que a percepção subjetiva das questões ligadas à cultura, em diversos desenhos de pesquisa, esteja incluída em bases epidemiológicas, ensaios clínicos, aferição do impacto da implementação de serviços ou intervenções nos quais a medição de qualidade de vida seja desfecho de interesse.

5.5.5 Questionário WHOQOL-SRPB (Anexo F)

O WHOQOL-SRPB é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar a espiritualidade, religião e crenças pessoais relacionadas à qualidade de vida na saúde e na assistência à saúde, contemplando de forma ampliada, os Aspectos

Espirituais/Religião/Crenças Pessoais, utilizados como adicional ao WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF^{161 162}. A versão em português do WHOQOL-SRPB foi idealizada por Panzini et al¹⁶³, disponibilizada *online* para contribuir para as pesquisas, atestando as propriedades psicométricas do referido instrumento de forma satisfatória.

O WHOQOL-SRPB conta com oito facetas adicionais ao domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças Pessoais, que são: Conexão com o Ser ou Força Espiritual ($\alpha = 0,83$); Sentido na Vida ($\alpha = 0,88$); Admiração ($\alpha = 0,96$); Totalidade e Integração ($\alpha = 0,92$); Força Espiritual ($\alpha = 0,86$); Paz Interior ($\alpha = 0,94$); Esperança e Otimismo ($\alpha = 0,93$); e Fé ($\alpha = 0,86$).

A *Conexão com o Ser ou Força Espiritual* avalia o quanto a conexão com Deus auxilia na resolução de problemas ou no confronto de momentos difíceis. O *Sentido na Vida* percebe o nível com o qual o indivíduo enxerga um sentido em sua vida. A *Admiração* avalia se há capacidade de admirar e apreciar as coisas que estão ao redor do indivíduo, de forma a inspirar-lhe a viver. A faceta *Totalidade e Integração* capta o sentimento de equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma, de forma a criar harmonia entre as ações, pensamentos e sentimentos do indivíduo. A *Força Espiritual* percebe o nível com o qual a presença de força espiritual interna ajuda em épocas difíceis e/ou na melhoria da vida do indivíduo. A *Paz Interior* consegue avaliar o nível de paz e harmonia com o qual o indivíduo consegue viver. *Esperança e Otimismo*, faceta que faz referência ao sentimento de esperança e otimismo que o indivíduo possui com relação à melhoria da sua vida; e, por último, a *Fé*, o quanto essa conforta e fortalece o dia a dia do indivíduo, melhorando o seu bem-estar e a forma com a qual este aproveita a vida^{161 162}.

Este instrumento é considerado importante na contribuição de estudos da relação entre qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. O projeto-piloto de testes de campo confirmou que o conceito de SRPB formava um componente amplo e de grande importância da qualidade de vida relacionada à saúde em todo o mundo.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados utilizando o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na sua versão 18.0, realizando estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão) e inferencial (teste *T-Student*, ANOVA, regressão linear hierárquica, alfa de *Cronbach*). O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O teste *T-Student* é amplamente utilizado na estatística inferencial com o objetivo de verificar se há diferenças entre dois grupos. O teste de correlação *r* de *Pearson* identifica o grau de relação entre os construtos, podendo ser uma relação positiva ou negativa. Vale salientar que esta análise não é causa e efeito. ANOVA é uma análise utilizada para analisar três ou mais condições, a regressão linear hierárquica é utilizada para verificar a predição de construto em relação a outro, e finalmente, o alfa de Cronbach é adotado para avaliar a consistência interna das dimensões, ou seja, saber se a dimensão avalia a que se propõe. Os indicadores de referência devem ser assumir valores $> 0,70$ e quanto mais próximos a 1 melhor nível de confiabilidade¹⁶⁴.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, o projeto foi submetido à Comissão Científica do IGG onde foi apreciado e aprovado. Em seguida, foi submetido à avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUCRS, por meio da Plataforma Brasil, sob CAAE 15493913.1.0000.5336, tendo sido aprovado em 25/06/2013, fundamentado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶⁵, em vigor no País. Por conseguinte, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, documentado em em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, a importância e contribuição da pesquisa, a garantia do anonimato, a fidedignidade com que os dados foram trabalhados. Neste processo, foi indispensável o direito à autonomia, considerando que os participantes da pesquisa foram informados de que poderiam desistir, a qualquer momento, de participar do estudo.

6 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados em dois momentos. O primeiro contempla o conhecimento sobre o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, nível de escolaridade, renda, tipo de residência, mora sozinho e diagnóstico. Em seguida é apresentado o Grau de Satisfação e de Confiança das pessoas idosas submetidas nas duas modalidades de assistência, ou seja, domiciliária e hospitalar (ver Tabela 1, 2 e 3).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra de pessoas idosas em assistência domiciliária e hospitalar.

Variáveis	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar	p
Idade (anos) – média ± DP	80,9 ± 8,9	83,8 ± 7,0	77,9 ± 9,8	0,010
Sexo – n (%)				0,252
Masculino	17 (28,3)	6 (20,0)	11 (36,7)	
Feminino	43 (71,1)	24 (80,0)	19 (63,3)	
Estado civil – n (%)				0,603
Casado	19 (31,7)	9 (30,0)	10 (33,3)	
Solteiro	4 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	
Viúvo	34 (56,7)	19 (63,3)	15 (50,0)	
Divorciado	3 (5,0)	1 (3,3)	2 (6,7)	
Religião – n(%)				0,543
Católica	52 (86,7)	25 (83,3)	27 (90,0)	
Evangélica	7 (11,7)	4 (13,3)	3 (10,0)	
Espírita	1 (1,7)	1 (3,3)	0 (0,0)	
Nível de escolaridade – n (%)				0,785
Analfabeto	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Ensino fundamental incompleto	24 (40,0)	10 (33,3)	14 (46,7)	
Ensino fundamental completo	6 (10,0)	4 (13,3)	2 (6,7)	
Ensino médio completo	18 (30,0)	9 (30,0)	9 (30,0)	
Ensino superior	10 (16,7)	6 (20,0)	4 (13,3)	
Renda – n (%)				0,001
De 1 a 5 s.m.	22 (36,7)	6 (20,0)	16 (53,3)	
De 6 a 10 s.m.	27 (45,0)	14 (46,7)	13 (43,3)	
Acima de 10 s.m.	11 (18,3)	10 (33,3)	1 (3,3)	
Tipo de residência – n(%)				0,381
Casa	44 (73,3)	20 (66,7)	24 (80,0)	
Apartamento	16 (26,7)	10 (33,3)	6 (20,0)	
Mora sozinho – n(%)				0,492
Sim	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	
Não	58(96,7)	30 (100)	28 (93,3)	

Conforme resultados da Tabela 1, a amostra constitui-se por 60 pessoas idosas com idade variando entre 60 e 98 anos, com média de 80,9±8,9 anos, divididas em dois grupos

equitativamente, sendo 30 em assistência domiciliária e 30 em assistência hospitalar. A maior parte é representada pelo sexo feminino com 71,7%. Foi verificada uma diferença estatisticamente significativa em relação à idade ($P=0,01$), mas sem uma associação com a variável referente ao sexo ($P>0,05$). Observa-se que em relação ao estado civil, os maiores percentuais foram de pessoas idosas viúvas em assistência domiciliária (63,3%) e hospitalar (50%), respectivamente. Quanto ao nível de escolaridade, o Ensino Fundamental Incompleto prevaleceu nas duas modalidades de assistência (33,3%; 46,7%, nomeadamente). Em relação às variáveis estado civil e nível de escolaridade, não foram verificadas associações significativas com o nível ($P>0,05$).

Quando analisada a variável religião, verificou-se que todas as pessoas idosas entrevistadas referiram ter uma religião. Da amostra total prevaleceu a religião católica, sendo 83,3%, da assistência domiciliária e 90,0% na modalidade hospitalar. No que se refere à renda, nota-se que os participantes em assistência domiciliária, na sua maioria, (46,7%) possuem renda na faixa de 6 a 10 salários mínimos, enquanto 53,3% do grupo em assistência hospitalar estão entre de 1 a 5 salários. Contudo, foi verificada uma associação significativa entre estas variáveis. A assistência domiciliar teve uma associação com níveis de renda mais elevados ($P=0,001$).

Com relação à variável tipo moradia, percebeu-se que a maioria das pessoas idosas entrevistadas, independentemente do tipo de assistência, reside em casas. Quando perguntado se mora sozinho, observou-se que tanto o grupo em assistência domiciliária quanto o grupo em assistência hospitalar indicaram que não residem sozinhos (100%; 93,3%, respectivamente). Não foi verificada uma associação significativa nas duas variáveis: tipo de moradia e o fato de morar só ($P>0,05$).

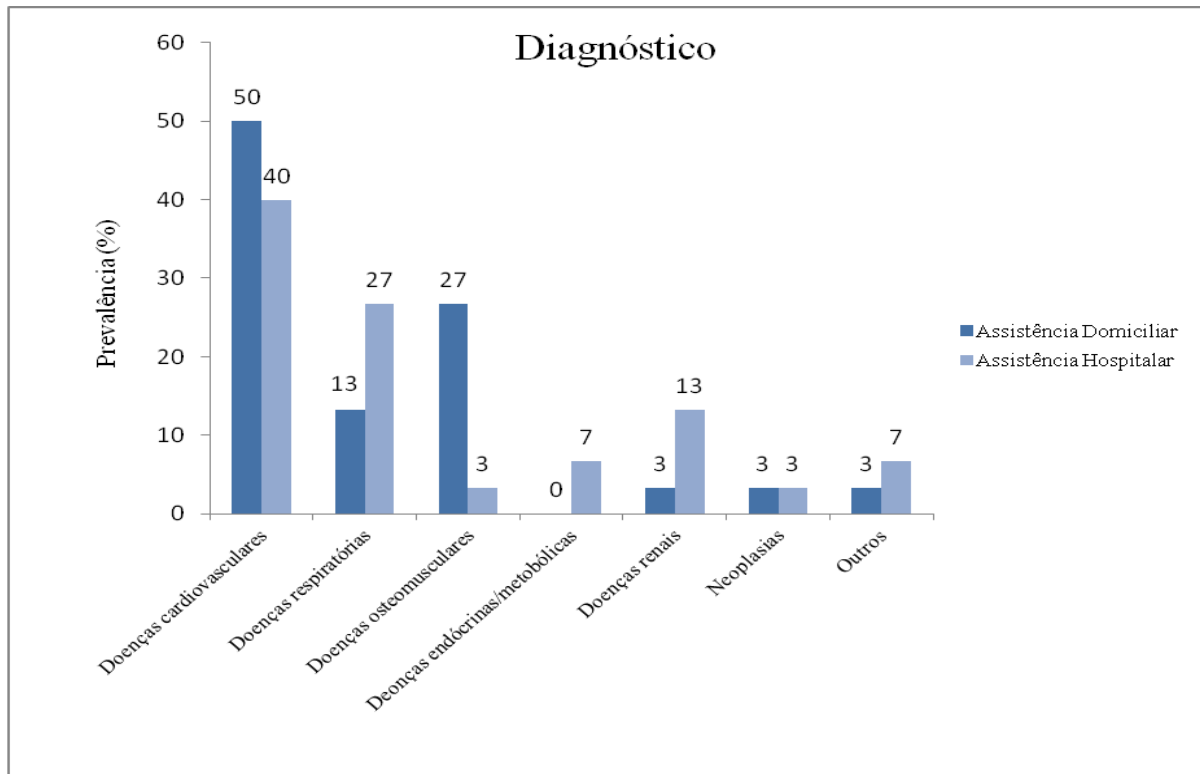


Figura 3 - Gráfico do Diagnóstico Clínico em pessoas idosas em assistência domiciliar e hospitalar ($p=0,081$).

De acordo com a figura 3, constata-se que na variável diagnóstico clínico as doenças cardiovasculares predominaram em ambas as modalidades de assistência (50%; 40%, respectivamente).

Quanto ao grau de satisfação apresentado na Tabela 2, são demonstrados os resultados acerca da sua avaliação nas duas modalidades (assistência domiciliar e hospitalar).

Tabela 2 - Grau de Satisfação nas modalidades domiciliar e hospitalar.

Variáveis	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar
Satisfação – n (%)			
Sim	48 (80,0)	30 (100)	18 (60,0)
Não	12 (20,0)	0 (0,0)	12 (40,0)

Fonte: Soares (2013).

De acordo com a Tabela 2, observa-se que no conjunto das duas modalidades de assistência a grande maioria (80%) das pessoas idosas entrevistadas responderam estarem satisfeitas com a assistência recebida. Quando analisada por modalidade, a assistência

domiciliária mostrou que a totalidade (100%) dos entrevistados encontram-se satisfeitos, enquanto que os que estão em assistência hospitalar indicaram uma maioria de 60% de satisfação.

Para analisar a variável grau de confiança nas duas modalidades de assistência, procedeu-se com a preparação do grupo controle a partir do teste da mediana empírica, assumindo como valor de referência 9,0. Portanto, o grupo 1 seriam aqueles que pontuassem acima da referência e o grupo 2 abaixo (Tabela 3).

Tabela 3 - Diferença com relação a variável confiança entre os grupos, que poderia variar de zero a dez pontos.

Variável		Grupo Critério	Média	DP	T	gl	P
Confiança	Geral	Superior	10,0	0,00	-19,27	41	0,001*
		Inferior	7,6	0,59			
	Hospitalar	Superior	10,0	0,00	-14,18	17	0,001*
		Inferior	7,5	0,52			
	Domiciliária	Superior	10,0	0,00	-12,87	22	0,001*
		Inferior	7,7	0,67			

Fonte: Soares (2014).

De acordo com a Tabela 3, observou-se que a variável grau de confiança, nas duas modalidades de assistência, obteve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos, demonstrando que o grupo 1 obteve uma média ($M = 10$) superior em relação ao segundo grupo ($M = 7,6$; $DP = 0,60$). Quando analisadas separadamente, constata-se que ambas as modalidades também obtiveram diferença significativa ($p < 0,05$), indicando que o grupo superior apresenta uma maior confiança na modalidade da assistência recebida.

Em seguida, a fim de responder ao objetivo específico “avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos idosos em assistência domiciliária e hospitalar” foram levados em consideração dois indicadores: a média e o desvio padrão por faceta e a comparação entre as duas modalidades de assistência. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

No segundo momento, são apresentados os resultados no que se refere à avaliação sobre a Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais dos idosos em assistência domiciliária e assistência hospitalar. Em seguida, apresentados os resultados da avaliação sobre qualidade de vida. E finalmente, apresentado um estudo comparativo entre a qualidade de vida e a espiritualidade nas duas modalidades de assistência.

Tabela 4 - Análise do WHOQOL SRPB na amostra total e por grupo

Facetas	Amostra total Média ± DP	Grupo Assistência Domiciliar Média ± DP	Grupo Assistência Hospitalar Média ± DP
Conexão com ser ou força espiritual	3,5 ± 0,47	3,6 ± 0,44	3,4 ± 0,48
Sentido da vida	3,3 ± 0,54	3,4 ± 0,46	3,3 ± 0,61
Admiração	3,4 ± 0,83	3,7 ± 0,51	3,0 ± 0,97
Totalidade/Integração	3,0 ± 0,61	3,3 ± 0,47	2,7 ± 0,64
Força interior	3,7 ± 0,48	3,8 ± 0,44	3,6 ± 0,52
Paz interior/Serenidade/Harmonia	3,3 ± 0,55	3,4 ± 0,52	3,2 ± 0,58
Esperança/Otimismo	3,2 ± 0,59	3,3 ± 0,52	3,1 ± 0,69
Fé	3,7 ± 0,44	3,8 ± 0,35	3,7 ± 0,52

Fonte: Soares (2014).

Pela análise dos resultados ilustrados na Tabela 4, é possível constatar que as maiores médias encontradas foram nas facetas *Força Interior* (M= 3,7; DP= 0,48) e *Fé* (M= 3,7; DP= 0,44). Sendo que a faceta com menor representação foi *Totalidade/Integração* (M= 3,0; DP= 0,61) quando analisadas as duas modalidades de assistência no seu conjunto. Observando os dados por modalidade, percebe-se que as facetas com maior evidência para o grupo de assistência domiciliária foram *Força Interior* (M= 3,8; DP= 0,44) e *Fé* (M= 3,8; DP= 0,35), e as com menor relevância foram as facetas *Totalidade/Integração* (M= 3,3; DP= 0,47) e *Esperança/Otimismo* (M= 3,3; DP= 0,52). Para a assistência hospitalar, verifica-se a faceta *Fé* com um maior escore (M= 3,7; DP= 0,52) e a faceta que apresentou menor escore foi a *Totalidade/Integração* (M= 2,7; DP= 0,64).

Em seguida, foram comparados os dois grupos por modalidade em assistência. Os dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Comparação entre as modalidades de assistência em relação à Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (n=60).

WHOQOL-SRPB (facetas)	Grupo Critério	Média	DP	T	gl	P
Conexão com ser ou força espiritual	Domiciliária	3,6	0,44	1,72	58	0,08
	Hospitalar	3,4	0,48			
Sentido da vida	Domiciliária	3,4	0,46	1,06	52,95	0,29
	Hospitalar	3,3	0,61			
Admiração	Domiciliária	3,7	0,51	3,13	58	0,01
	Hospitalar	3,0	0,97			
Totalidade/Integração	Domiciliária	3,3	0,47	3,55	58	0,001
	Hospitalar	2,7	0,64			
Força interior	Domiciliária	3,8	0,44	1,19	56,74	0,23
	Hospitalar	3,6	0,52			
Paz interior/Serenidade/Harmonia	Domiciliária	3,4	0,52	0,58	57,26	0,56
	Hospitalar	3,3	0,58			
Esperança/Otimismo	Domiciliária	3,3	0,47	1,19	51,07	0,23
	Hospitalar	3,1	0,69			
Fé	Domiciliária	3,8	0,35	0,85	58	0,39
	Hospitalar	3,7	0,52			

Fonte: Soares (2014).

De acordo com os resultados da Tabela 5, verifica-se diferença significativa ($p < 0,05$) entre as duas modalidades de assistência, apontando uma maior média 3,7 (DP =0,51) e 3,3 (DP=0,47) nas facetas *Admiração* e *Totalidade/Integração*, respectivamente para aqueles indivíduos que recebem assistência no seu ambiente domiciliar, comparado com os que recebem no ambiente hospitalar. Nota-se ainda, que a faceta *Conexão com o Ser ou Força Espiritual* obteve uma diferença marginal ($p = 0,08$), acenando que as pessoas idosas que recebem assistência domiciliária possuem um maior escore (M=3,6; DP=0,44) do que as que recebem assistência no ambiente hospitalar (M=3,4; DP=0,48).

Em relação ao objetivo específico “Avaliar a qualidade de vida dos idosos em assistência domiciliária e assistência hospitalar, utilizando o instrumento WHOQOL-OLD associado ao WHOQOL-BREF” procedeu-se com os mesmos critérios da análise anterior. Os resultados são ilustrados nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 6 - Análise do WHOQOL-BREF para amostra total e por grupo.

Facetas	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Geral	3,0 ± 0,77	3,3 ± 0,70	2,6 ± 0,70
Psicológico	3,1 ± 0,60	3,3 ± 0,55	3,0 ± 0,63
Físico	2,6 ± 0,65	2,8 ± 0,54	2,3 ± 0,68
Social	3,4 ± 0,73	3,6 ± 0,54	3,2 ± 0,84
Ambiental	3,2 ± 0,48	3,4 ± 0,44	3,0 ± 0,44

Fonte: Soares (2014).

Quando analisados os resultados da Tabela 6, observa-se que tanto na amostra total como por grupo a faceta *Social* obteve a maior média, enquanto que a menor foi atribuída à faceta do *Físico*. Esse resultado é também atribuído nas duas modalidades de assistência. Para complementar os resultados sobre qualidade de vida, os resultados da análise do instrumento WHOQOL-OLD são apresentados a seguir.

Tabela 7 - Análise do WHOQOL-OLD para amostra total e por grupo.

Facetas	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP
Autonomia	2,8 ± 0,47	2,9 ± 0,45	2,8 ± 0,49
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	3,1 ± 0,61	3,3 ± 0,53	2,9 ± 0,64
Participação Social	2,6 ± 0,74	2,9 ± 0,67	2,3 ± 0,69
Morte e Morrer	3,5 ± 0,70	3,5 ± 0,68	3,5 ± 0,72
Intimidade	3,5 ± 0,65	3,7 ± 0,50	3,4 ± 0,74
Funcionamento dos Sentidos	3,1 ± 0,75	3,1 ± 0,59	3,1 ± 0,89

Fonte: Soares (2014).

Observa-se nos resultados da Tabela 7 que a maior média do total da amostra é atribuída às facetas *Morte e Morrer* e *Intimidade*. Quando analisada por grupo, nota-se que a faceta *Intimidade* obteve maior média na modalidade domiciliária e *Morte e Morrer* na hospitalar, enquanto que a menor média é atribuída na faceta *Autonomia* para a modalidade domiciliária e na faceta *Participação Social* na hospitalar.

A fim de verificar qual grupo de assistência apresenta melhores escores na qualidade de vida, procedeu-se com a análise de comparação de grupos para amostra independente. Os resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Comparação entre as modalidades de assistência com relação ao WHOQOL-BREF (n=60).

WHOQOL-BREF (facetadas)	Grupo Critério	Média	DP	T	gl	P
Geral	Domiciliária	3,3	0,70	3,76	57,9	0,001
	Hospitalar	2,6	0,70			
Psicológica	Domiciliária	3,2	0,55	1,63	57	0,10
	Hospitalar	3,0	0,63			
Física	Domiciliária	2,9	0,54	3,11	55,1	0,01
	Hospitalar	2,3	0,68			
Social	Domiciliária	3,6	0,54	1,99	58	0,05
	Hospitalar	3,2	0,84			
Ambiental	Domiciliária	3,4	0,44	3,33	57,9	0,001
	Hospitalar	3,0	0,44			

Fonte: Soares (2014).

Com base nos resultados da Tabela 8, nota-se diferença significativa ($p < 0,05$) em quatro (*geral, física, social e ambiental*) dos cinco domínios para a qualidade de vida, analisados a partir do WHOQOL-BREF. Este achado demonstra que a modalidade domiciliária obteve maiores escores comparada com a hospitalar. Em seguida, procedeu-se com a comparação das modalidades utilizando o WHOQOL-OLD. Os dados podem ser observados na Tabela 9.

Tabela 9 - Comparação entre as modalidades de assistência com relação ao WHOQOL-OLD (n=60).

WHOQOL-OLD (facetadas)	Grupo Critério	Média	DP	T	gl	P
Autonomia	Domiciliária	2,9	0,45	0,61	57,4	0,54
	Hospitalar	2,8	0,49			
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Domiciliária	3,3	0,53	2,35	58	0,05
	Hospitalar	2,9	0,64			
Participação Social	Domiciliária	2,9	0,67	3,47	58	0,001
	Hospitalar	2,3	0,69			
Morte e Morrer	Domiciliária	3,5	0,68	0,32	57,7	0,75
	Hospitalar	3,5	0,72			
Intimidade	Domiciliária	3,7	0,50	1,87	58	0,05
	Hospitalar	3,4	0,74			
Funcionamento dos Sentidos	Domiciliária	3,1	0,59	-0,42	50,7	0,96
	Hospitalar	3,1	0,89			

Fonte: Soares (2014).

Os dados da Tabela 9 indicam haver diferença estatística ($p < 0,05$) em três facetas (*atividades passadas, presentes e futuras; participação social e intimidade*) do construto qualidade de vida adaptado para a população idosa. Nota-se semelhança nos resultados quando estes apontam que a assistência domiciliária possui um maior escore do que a hospitalar.

7 DISCUSSÃO

Neste estudo, a amostra total demonstrou que as pessoas idosas em assistência domiciliária e hospitalar tinham uma média de idade de 81 anos, com predominância do sexo feminino. Esse resultado corrobora a distribuição populacional por idade e sexo em relação à estrutura etária do Brasil, que aponta para uma tendência no processo de envelhecimento, evidenciando uma população de idosos longevos, com idade igual ou superior a 80 anos em relação a outras faixas etárias nas últimas décadas²². Dados esses também confirmados também por Veras et. al¹⁶⁶ acerca de pessoas idosas vinculadas ao sistema suplementar de saúde no Brasil onde a maior cobertura é nas faixas etárias de 70 a 79 anos, com um percentual de 26,7% e 80 anos e mais com 30,2%.

Quanto ao sexo, neste estudo, a predominância foi do sexo feminino. Esse resultado corrobora a prevalência do sexo em nível mundial. No Brasil, segundo os dados do IBGE, 2012²², a feminização na velhice é considerada uma das características mais marcantes no País. Provavelmente, a relação da viuvez no sexo feminino deva-se a diversos fatores, tais como: diminuição das mortes maternas a partir de incentivos à atenção à saúde da mulher por meio de programas e políticas; por determinantes biológicos de proteção hormonal do estrógeno; por serem mais cautelosas no trânsito e trabalho; por serem menos consumidoras de álcool e tabaco; e finalmente, por se casarem com homens mais velhos¹⁶⁶.

Em relação à escolaridade das pessoas idosas da amostra, prevaleceu o ensino fundamental nas duas modalidades de assistência. Este resultado, quando associado com a média de idade e o sexo, pode-se deduzir que está relacionado ao contexto social no período em que esses idosos estavam em fase escolar, à sua procedência, por serem advindos de uma cultura interiorana onde a oferta de ensino formal era mais reduzida que nos grandes centros urbanos e que as mulheres eram preparadas para o lar; poucas conseguiam escolarizar-se para no máximo ter formação pedagógica. Quando analisada a renda, observou-se que foi de seis a dez salários mínimos nas duas modalidades de assistência. Provavelmente, este resultado deva-se pelo fato de os participantes deste estudo serem, na sua maioria, funcionários públicos estaduais e federais, a maioria é de viúvos (as) aposentados (as) e com pensão do seu cônjuge.

Já o tipo de moradia, notou-se que as pessoas idosas, na sua maioria, residem em casas e não moram sozinhas. Tal resultado pode estar associado a questões culturais, tais como: a sua história de vida, manutenção de sua identidade e questões afetivas em relação à sua residência e seus pertences, além da vida provinciana da cidade, considerando, também, o processo atual de verticalização habitacional na cidade na qual residem. Essa realidade

diferencia de uma experiência-piloto de assistência domiciliária para idosos acamados no sul do Brasil onde foi verificado que as pessoas idosas acamadas, na sua maioria, residiam em apartamentos¹⁶⁷.

Quanto ao diagnóstico clínico, embora esse estudo demonstre a predominância de doenças cardiovasculares nas duas modalidades de assistência, ele diverge de um estudo do interior paulista com pessoas idosas em assistência domiciliária, comprovados que, os casos mais diagnosticados, eram ligados às doenças neurológicas com preponderância para as doenças de Alzheimer e Parkinson¹⁶⁸.

Em relação ao grau de satisfação, destaca-se que na modalidade da assistência domiciliária 100% demonstraram um grau elevado de satisfação. Este resultado se assemelha com os de Thumé et. al.¹⁶⁹, onde esses autores sugerem a operacionalização da assistência no domicílio como sendo a mais adequada, apontando que a satisfação com o serviço ofertado é considerada um indicador de qualidade da atenção. Salientam-se, ainda, outros indicadores preponderantes para a satisfação da assistência domiciliária, tais como: sentimentos de satisfação por meio de gestos de carinho, atenção, sorrisos, recepção cordial em seu aconchego familiar favorecendo a sua satisfação pessoal e com o serviço prestado¹⁷⁰.

No âmbito hospitalar, 40% mostraram-se insatisfeitos. Possivelmente este resultado encontra-se relacionado com as normas, rotina e o próprio ambiente hospitalar. Estudos demonstram que o isolamento da pessoa idosa, ocasionado pela internação hospitalar, afastando-a do seu local confortável (sua casa, seus pertences, seus familiares, seus amigos), aliado às dificuldades de adaptação a esse novo ambiente hostil, são indicadores que levam a um grau de insatisfação^{171 172}. Os resultados advindos do grau de confiança demonstraram que ambos os grupos de assistência domiciliária e hospitalar indicaram ser confiantes em relação à assistência recebida ($p < 0,05$). Possivelmente, este resultado pode estar associado ao grau de satisfação dos participantes do estudo.

Sabe-se que a forma como avaliamos nosso modo de viver e a nossa satisfação com a vida está relacionada a questões subjetivas, a critérios definidos individualmente, que se entrelaçam com as condições existentes¹⁴⁶. É preciso que se debruce sobre questões que dizem respeito, especialmente, às pessoas idosas enfermas que necessitam de cuidados. Para atender às especificidades deste estudo foi observada escassez de trabalhos nessa perspectiva, considerando os nacionais e os internacionais. Essa limitação dificulta uma análise mais aprofundada da espiritualidade e qualidade de vida na população idosa devido às suas diferentes expectativas e anseios em relação a outros estudos. Essa realidade pode decorrer da

recente retomada dessa modalidade de assistência no Brasil, e do perfil diferenciado das políticas de saúde no âmbito internacional comparando com a política de saúde do Brasil.

Em relação a espiritualidade salienta-se que os participantes do estudo, no momento da entrevista, referiam acreditar em Deus e professar uma religião. Sugere que, naturalmente, encontravam-se mais envolvidos com a dimensão espiritual. Estudos comprovam índices mais elevados de vivências da espiritualidade com o processo do envelhecimento, assim como uma forte relação da espiritualidade no processo da doença e do sofrimento^{116 119 121 122}. Para tanto, ao serem avaliadas a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais das pessoas idosas, nas duas modalidades de assistência, evidenciou-se que as pessoas idosas em assistência domiciliária apresentaram um maior fortalecimento espiritual quando comparado com a assistência hospitalar.

Acredita-se que o maior fortalecimento espiritual pode estar associado à representação simbólica da casa, ou seja, da sua residência. O valor dado às coisas materiais e subjetivas da casa pode representar elementos do mundo afetivo e espiritual. Gonçalves¹⁷³ refere que “a casa” tem um valor que vai além do abrigo do corpo. Restitui um lugar de refúgio e de acolhida, que é tão essencial ao nosso bem-estar físico e psicológico.

Boff¹⁷⁴, na sua obra “Os sacramentos da vida e a vida dos sacramentos”, cita a fala do astronauta James Benson Irwin, quando diz: “A lua é linda; o céu, profundo e maravilhoso. Mas somente na Terra o homem pode morar. Quão aconchegante é aquele planeta verde lá em baixo... Lá existe alguém que pensa em mim, me olha e me espera.” [...] É que a casa está lá, representando um sacramento familiar. Assim, “a casa” perfaz um lócus por excelência da referencialidade do sujeito com uma conotação de acolhimento numa perspectiva espiritual.

Dessa forma, quando foram analisadas as facetas *Conexão com o ser ou força espiritual, Admiração e Totalidade/Integração* foi evidenciado maior escore em relação às outras facetas. A elevada pontuação pode ter uma implicação na relação experiencial de bem-estar, ou seja, a satisfação de estar em casa. Condição que pode suscitar um caráter de intimidade e privacidade e, ao mesmo tempo, uma abertura para o mundo exterior.

A intimidade e privacidade no sentido de que, em casa, sempre tem um “cantinho” de recolhimento espiritual, que possibilita fazer contato com a essência única que cada um traz em seu interior, ou seja a numinosidade, experiência destacada por Jung¹¹⁸ como força poderosa que traz grandes mudanças na consciência.

O exterior é ressaltado na perspectiva de admirar algo além da casa, como a natureza visualizada por portas e janelas, tão bem ilustrada no poema “Janela” de Adélia Prado, considerada a poética da casa¹⁷⁵, numa relação, muitas vezes, com plantas, flores, animais de

estimação, conversas com a vizinhança. Condição essa que pode suscitar equilíbrio entre mente, corpo e espírito no sentido de “estar bem” e o “sentir-se bem” sob o eixo condutor de qualidade de vida.

No âmbito hospitalar, constatam-se convergências e divergências em relação a outros estudos referentes à espiritualidade. Um estudo no qual foi avaliada a influência da religião e da espiritualidade em pessoas idosas, em sua maioria octogenários (83%) internados em enfermaria geriátrica, evidenciou relevância da religião e da espiritualidade como recursos importantes no enfrentamento da hospitalização¹⁷⁶. Rocha e Fleck¹⁷⁷, em seus estudos sobre qualidade de vida com pacientes adultos portadores de doenças crônicas, comparando com pessoas saudáveis, evidenciaram melhores escores nos domínios do SRPB no grupo de pacientes. Em outro estudo realizado com pessoas idosas, portadoras de doenças crônicas, foi evidenciado que a internação hospitalar tem influência nas vivências espirituais do idoso internado, onde 57% dos participantes mantêm a média de espiritualidade na admissão e alta e 43% revelaram alterações baixando ou elevando a espiritualidade¹⁷⁸. Portanto, compreende-se a importância da espiritualidade na velhice, na doença e no sofrimento¹¹⁶.

Em relação à qualidade de vida, análise mensurada pelo WHOQOL-BREF, o resultado tanto da amostra total como por grupo houve maior média na faceta *Social*, conceituada como participação em atividades da vida diária especialmente na comunidade¹⁷⁹. Já na análise mensurada pelo WHOQOL-OLD, avaliada por grupo, a faceta *Intimidade* obteve maior média na modalidade domiciliária e *Morte e Morrer* na hospitalar. A faceta *Intimidade* foi conceituada como ser capaz de ter relacionamentos íntimos e pessoais¹⁷⁹. Quando comparado entre as modalidades de assistência em relação ao WHOQOL-BREF houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) em quatro (*geral, física, social e ambiental*) dos cinco domínios para a qualidade de vida, o mesmo resultado em relação ao WHOQOL-OLD havendo também diferença significativa em três facetas (*atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade*) do construto qualidade de vida.

Dessa forma, os resultados evidenciaram maiores escores na modalidade domiciliária. As facetas *Social* e *Intimidade* corroboram o estudo de Pontes¹⁸⁰ realizado na cidade de João Pessoa-Paraíba, no qual foram avaliadas pessoas idosas vulneráveis a fragilidades e frágeis em comunidades. Quando analisada a faceta *Social*, constata-se, através de estudos, que as redes de apoio são elementos importantes na velhice, principalmente quando as pessoas idosas têm que se adaptar às perdas físicas e sociais. É importante a busca de estratégias que possam contribuir para que a pessoa idosa torne-se participativa e atuante

na sociedade. A partir da família, pode ser construída uma rede de apoio à pessoa doente pela integração extra e intrafamiliar^{181 182}.

Em relação à faceta *Intimidade*, apresentada neste estudo com maior escore, essa diverge de um estudo onde foram avaliados a dinâmica da família, a qualidade de vida e o estilo de vida em idosos, com idade média de 84 anos, portadores de hipertensão arterial e cardiopatias. Todas as faixas etárias apresentaram baixa pontuação nesta faceta¹⁸³. É importante destacar que houve uma baixa na pontuação e não a ausência. A pessoa idosa, mesmo diante de suas limitações fisiológicas, pode exercer plenamente sua sexualidade, não se referindo tão somente ao ato sexual em si, mas a troca de carinho, afeto e companherismo. Para Moura, Leite e Hildebrandt, a sexualidade do idoso é simples e, ao mesmo tempo, complexa; afinal, o corpo envelhece, a anatomia e a fisiologia sexual se modificam, mas a capacidade de amar e de se relacionar continuam intactas até o final da vida¹⁸⁴.

A relação de intimidade pode ser ilustrada numa reflexão que Gomes et. al¹⁸⁵ fizeram ao filme "Elsa e Fred", onde os mesmos viveram de forma intensa uma relação de qualidade expressa nos atos de confiança e de intimidade. Foram observadas cenas do filme que possibilitaram pensar a própria vida e refletir sobre o que é envelhecer e o que se deseja como parte desse envelhecimento. Bauer, McAuliff e Nay¹⁸⁶ referem que a sexualidade é um componente fundamental da qualidade de vida, essencial para manter as relações interpessoais saudáveis, o autoconceito e um senso de integridade.

Em relação à faceta *Morte e Morrer*, conceituada como preocupações e medos acerca da morte e do morrer¹⁷⁹, tendo sido obtida maior média no âmbito hospitalar, Albuquerque¹⁸⁷ considera que o medo da morte revela ao indivíduo um sentimento natural e universal, indistinguível a classes sociais, idade, sexo e culturas. Em um estudo que empreendeu uma revisão da literatura não sistemática sobre a percepção da morte e do morrer em pacientes oncológicos em diferentes fases da vida, foi observado que a percepção da criança em relação à morte é modificada conforme desenvolvimento dos pensamentos e da linguagem. No adulto, a concepção da morte depende muito da experiência física e psicológica da situação vivida, enquanto que na pessoa idosa, a morte é bem mais aceita e sua percepção depende, sobretudo, da satisfação previamente auferida com a vida. Constata-se que a percepção da morte é uma experiência individual de acordo com a subjetividade de cada paciente¹⁸⁸.

Em relação às atividades passadas, presentes e futuras, conceituadas como satisfação com realizações na vida e com objetivos a serem alcançados¹⁷⁹, foi constatado maior escore na modalidade domiciliária. Dessa forma, corrobora o estudo de Maués et al¹⁸⁹ que avaliaram qualidade de vida comparando idosos jovens e muito idosos, onde o maior escore foi nas

facetar *Intimidade e Atividades passadas, presentes e futuras*. Portanto, esses estudos sugerem que as pessoas idosas, apesar da idade e da saúde comprometida, mostraram-se capazes de amar e sentirem-se amados. Suas histórias de vida contribuíram para as suas satisfações, realizações e projetos futuros de vida, considerados fatores importantes para a qualidade de vida.

Para tanto, este estudo evidencia a importância do ambiente do cuidado para as pessoas idosas, a exemplo da assistência domiciliar, como uma associação importante no fortalecimento da espiritualidade e na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas acometidas por doenças crônicas no Sistema de Saúde Suplementar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indica que a assistência domiciliária se associa a um maior fortalecimento da espiritualidade e a uma melhor qualidade de vida de pessoas idosas. Dessa forma, com o aumento da longevidade é de suma importância repensar medidas que garantam aos idosos não somente viver mais ou postergar o tempo de vida, mas, como viver satisfeitos e felizes nas suas vidas. Mesmo frente as incapacidades, fragilidades e adoecimento. É preciso que os pesquisadores direcionem seus estudos valorizando não somente as questões técnicas, mas estudos voltados para a subjetividade humana como é o caso da espiritualidade e da qualidade de vida.

Com esse estudo, observou que existe escassez de trabalhos científicos no Brasil que avalie pessoas idosas submetidas à assistência domiciliária por meios da saúde suplementar, em relação a qualidade de vida e a espiritualidade. É oportuno garantir a esses idosos que tem maior frequência de vinculação ao sistema de saúde suplementar no Brasil, comparando com outras faixas etárias, maiores estudos, discussões no âmbito científico e social subsidiando fomentos para as políticas, programas e serviços que atenda a essa demanda da população.

Outrossim, com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, é fundamental o envolvimento de profissionais capacitados na área de geriatria e gerontologia frente a adaptação de currículos que atendam essas particularidades do conhecimento, assim como, maior conhecimento nas políticas voltadas para essa nova reafirmação de modalidade de assistência à saúde como é o caso da assistência domiciliária.

A promoção da dignidade e do respeito para com essas pessoas, foi um ponto a ser considerado neste estudo, quando fomos diretamente as pessoas idosas participantes deste estudo buscar informações sobre a espiritualidade e a qualidade de vida, frente a processos que eles estavam vivendo e só eles poderiam manifestar seus sentimentos, posicionamentos em relação as questões trabalhadas utilizando instrumentos valiosos nas pesquisas científicas em prol de uma população de pessoas idosas da cidade de João Pessoa estado da Paraíba.

9 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos na amostra estudada é possível estabelecer as seguintes conclusões:

- As pessoas idosas participantes deste estudo são na sua maioria longevos com média de idade de 81 anos, com predominância do sexo feminino, grande parte com renda acima de seis salários mínimos, especificamente aqueles submetidos à assistência domiciliária. No conjunto da amostra todos mostraram-se confiantes na assistência recebida, porém o nível de satisfação foi maior, em 100% nas pessoas idosas que estavam em assistência domiciliária;

- A espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais investigadas em pessoas idosas a partir do WHOQOL- SRPB evidenciou um melhor fortalecimento espiritual na modalidade de assistência domiciliária comparativamente a modalidade hospitalar;

- A qualidade de vida em pessoas idosas, avaliada a partir do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, esteve associada a um efeito positivo na maioria das facetas da modalidade domiciliária. Portanto, neste estudo a assistência domiciliária se associou a uma melhor qualidade de vida nas pessoas idosas no processo de cuidado em seus domicílios;

- Ao realizar um estudo comparativo entre as modalidades de assistência em relação à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, evidencia-se que a assistência domiciliária associa-se a um melhor escore. Resultado semelhante quando comparado entre as modalidades de assistência em relação a qualidade de vida utilizando os instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD.

A espiritualidade e a qualidade de vida são importantes construtos da dignidade humana. Os resultados obtidos nesta amostra de participantes em assistência domiciliária e hospitalar demonstram a importância que estas características têm na avaliação do próprio paciente idoso, entendido como protagonista principal, e não apenas por meio da percepção de outras pessoas envolvidas no seu cuidado.

REFERENCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 548-54.
2. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, et al. *Bioética e espiritualidade*. Porto Alegre: Edipucrs; 2007.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
4. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria Clínica*. 2007; 34, 105-15.
5. Pinto C, Ribeiro JP. Construção de uma escala de avaliação em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*. 2007; 21(3), 47-53.
6. Pinto C, Ribeiro JP. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro. Implicações a qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010; 28(1).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso*. – Brasília, 2010.
8. Rangel, MMS. Programas para promoção da saúde e prevenção de doenças bucais no setor suplementar: uma avaliação sob a perspectiva da integralidade. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, 2010.
9. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS Organização Pan Americana de Saúde – OPAS. *Laboratório de inovação na saúde suplementar*. Brasília – DF 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do idoso SISAP-Idoso. *Leis, Políticas e Portarias*. (Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001) - Brasília, 2001.
11. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Básico da língua portuguesa*. São Paulo: ed. Nova Fronteira, 1998.
12. Duarte YAO, Diogo MJD. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2005.
13. Leme LEG, Dias MHMS. Serviços de assistência domiciliária, objetivos, organização e resultados. In: Papaléo Netto M, organizador. 2ª ed. *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. P. 683-94.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF.

15. Organização Mundial de Saúde. The world health report: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
17. Fleck MPA, Lima AFBS, Polanczyk CA, Trentini CM, Bandeira D, Patrick DL, et al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008; 19-28.
18. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Diretoria de pesquisas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira, Rio de Janeiro: 2013.
19. Bloom, D. 7 Billion and counting. Science, v. 333, p. 562-569, 2011.
20. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC: Banco Mundial, 2011.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007-2009. Rio de Janeiro, 2012.
22. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Diretoria de pesquisas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira, Rio de Janeiro: 2012.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 abr. 2012.
24. Camarano AA. et al. "Como vive o idoso brasileiro?", in Camarano, AA. (org.). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
25. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
26. Santos SSC. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin Gerontology and the Edgar Morin presuppositions. Textos Envelhecimento [online]. 2003, vol.6, n.2, pp. 77-91. ISSN 1517-5928.
27. Santos SSC. A gerontologia à luz da complexidade de Edgar Morin. Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. ISSN 1517-1256, Volume especial, Outubro de 2004
28. Organização das Nações Unidas. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.

29. Organização Mundial da Saúde- OMS. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946. [citado 2012 out 18]. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.
30. Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8. 842, de 4 de janeiro de 1994.
31. Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
32. Papalia D. Olds S e Feldman, R. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artmed, 2006.
33. Neto MP. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: Papaléo Netto M, Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 29-38.
34. Brito FC, Ramos LR. Serviços de Atenção à saúde do Idoso. In: Papaléo Netto M, Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007; 671- 81.
35. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2007. P. 33-47.
36. Farnatti PTV. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. Rev Bras Med Esporte [online]. 2002, vol.8, n.4, pp. 129-138. ISSN 1517-8692.
37. Cristofalo VJ. An overview of the theories of biological aging. In: Biren JE, Bergsten VL, editors. Emergent theories of aging. New York: Springer, 1988:188-27.
38. Papaléo Netto M, Carvalho Filho ET, Salles, RFN. Fisiologia do Envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Neto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª. Ed, São Paulo: Atheneu, 2006. p. 43-62.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2006.
40. Moraes EM, Moraes EN, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas Rev Med Minas Gerais 2010; 20(1): 54-66.
41. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010.
42. Beltrame V, Orso ZA, Gomes I. Doenças Crônicas e envelhecimento. In: Atualizações em Geriatria e Gerontologia II. Abordagens multidimensionais e interdisciplinares. Porto Alegre: edipucrs, 2009.
43. Schwanke CHA, Pereira AMVB, Schneider RH. Contextualizando a geriatria e a gerontologia no século 21. In: Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. (Org. Ballepiane LB.), Ijuí: Editora Inijuí; 2009.
44. Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

45. Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, Brasília: 2010, Nov-dez;63(6):1035-9.
46. Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2007.
47. Carolino JA, Soares ML, Cândido GA. Envelhecimento e cidadania: possibilidades de convivência no mundo contemporâneo. Qualit@s Revista Eletrônica ISSN 1677 4280 vol.1. n°1, 2011.
48. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia, v.25, n. 4, p. 585-593, 2008.
49. Ferrigno JC. A co-educação entre as gerações: um desafio da longevidade. A terceira idade. São Paulo, v. 17, n° 37, p. 16-26, out. 2006.
50. Paschoal SMP; Qualidade de vida na velhice. Portal do envelhecimento: sua rede de comunicação e solidariedade. Envelhecimento, qualidade de vida, saúde e políticas públicas. [www.portaldoenvelhecimento.org.br/ B:\AAA\ARTIGOS](http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/B:\AAA\ARTIGOS) Acesso em 30.04.2013.
51. Shakespeare W. O Rei Lear. Porto Alegre: LP&M, 1994 (1606):10 (cena 1).
52. Georgis José C. T. Congresso Internacional de Envelhecimento Humano: da complexidade ao desafio da interdisciplinaridade. Envelhecimento Humano: Ciência, Cultura e Ética; Universidade de Passo Fundo, 28, 29,30. 04. 2010.
53. Brum E. Velho, Velhice, Envelhecimento: Reflexões da palavra e do ser. Disponível <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/comportamento/velho-velhice-envelhecimento-reflexoes-da-palavra-e-do-ser.html>. Acesso em 02/01/2014.
54. Debert GG. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.
55. Cícero MT. Saber envelhecer e A amizade. Tradução de Paulo Neves. Porto Alegre:L&PM, 2010.
56. Oliveira RC, Oliveira FS, Scortegagna PA. Pedagogia Social: possibilidade de empoderamento para o idoso. Congr. Intern. Pedagogia Social, Mar. 2010. Disponível em <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/cips/n3/n3a22.pdf>>. Acesso em 16/04/2014.
57. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
58. Scortegagna PA, Oliveira RCS. Idoso: um novo ator social. IX ANPED Sul. Seminário de pesquisa em educação da região sul, 2012.

59. Veiga KCG, Menezes TMO. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. *Rev Esc Enferm USP*, nº 42(4): 761 -8, 2008.
60. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p.
61. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Organizadores: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Documento preliminar.
63. Tatagiba L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino E (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
64. Guizardi FC, Pinheiro R, Mattos RA, Santos AS, Matta G, Gomes MCPA. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2004; 14: 15–39.
65. Côrtes SV. Fórum. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad Saúde Coletiva* 2009; 7: 1626–33.
66. Noronha J, Santos I, Pereira T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos NR, Amarante PDC (orgs.). Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2011: 152–79.
67. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 2: 286–98.
68. Escorel S, Giovanella L, de Mendonca MH, Senna MCM. The Family Health Program and the construction of a new model for primary care in Brazil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21: 164–76.
69. Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 4: 825–39.
70. Solla, J, Chioro, A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L, et al (Org). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap 17, p.627-663.
71. _____. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L, et al (Orgs) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p.547-576.
72. Oliveira SG et al. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 591-599.

73. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) Maio de 2010. Brasília-DF:O Ministério. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> (acesso em 21/08/2013).
74. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária. Rio de Janeiro: 2010.
75. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
76. Datasus. Informações de Saúde Demográficas e Socioeconômicas. Disponível em: <w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acessado em: 10 jun 2013.
77. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Med.*2000;32 (4):257-63.
78. Gill TM, Hallore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity and the development of disability among older persons. *JAMA.* 2004; 292(17):2115-24.
79. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatric Soc.* 1990;38(12):1338-44.
80. Sales MVC, Silva TJA, Gil Jr, LA. Filho WJ. Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatrics & Gerontologia.* 2010; 4(4):238-246.
81. Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003; 1988.
82. Vasak K. (1977). "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights." *UNESCO Courier*_30(11).
83. Paim JS, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Organizadores: Giovanella L. Escorel S. Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
84. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AAG. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Rev. Neurociências* 9(3): 111-117, 2001.
85. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup):231-242, 2005.
86. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução do nº 270/2002, aprova a regulação de empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliária – Home care.

87. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.668/2003 - Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.
88. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF.
89. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: Brasília, 2011.
90. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013.
91. Barcellos ES, Andrade M. Atendimento domiciliar: a família como co-responsável no processo de cuidar do idoso. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.01-03, 2009.
92. Angelo M. O contexto familiar. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2005. P. 27-31.
93. Thumé E, Facchini LA, Tomazi E, Vieira LA. Home care for the elderly: risk factors and characteristics of access and care]. Rev Saúde Pública. 2010; 44(6):1102-111.
94. Santos LR, Leon CG, Funghetto SS.[Ethical principles as guidelines in home care]. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1):865-73. Portuguese.
95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia Prático do Cuidador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2008.
96. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 11, núm. 3, set. 2007, pp. 520-525. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
97. Diogo MJ, Ceolim, MF & Cintra FA. (2005). Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. Revista Escola de Enfermagem USP, 39 (1), 97-102.
98. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Revista Brasileira de Cancerologia. 2004; 50(4): 341 – 345.
99. Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Physis Revista de Saúde Coletiva, 21(1), 147-157, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a08.pdf>>. Acesso em: 05/04/2014.
100. Floriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? In: Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004.

101. Machado MFAS. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, fev. 2007.
102. Freitas EV ET al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
103. Silva LWS, et al. A família e o cuidado – reverses e vieses entre a aceitação e o desafio do cuidar. *Revista Kairós Gerontologia* 13(2), ISSN 2176-901X, São Paulo: novembro 2010: 191-202.
104. Bettinelli LA. *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida*. Florianópolis (SC): UFSC/PEN; 2002.
105. Vasconcelos EMA. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: Vasconcelos, EM (Org.). *Espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
106. Waldow VR. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmo*. Petrópolis: Vozes, 2004.
107. Boff L. *Saber cuidar ética do humano: compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 2003.
108. Durkheim E. *As formas elementares de vida religiosa*. São Paulo: Paulinas; 1989.
109. Jung CG. *Mysterium coniunctionis*. In: *Obras completas de CG. Jung*, (Vol. 14i). Petrópolis: Vozes, 1990.
110. _____. *Psicologia e religião*. In: *Obras completas de CG. Jung*, (Vol. 11i). Petrópolis: Vozes, 1990.
111. Koenig H. - *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. University Press, Oxford, 2001.
112. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiquiatria clínica [online]*. 2007; 34, (suppl.1):105-115.
113. Doll J & Py L. Espiritualidade e finitude. In: JL Pacheco, *Tempo: rio que arrebatou*, pp. 277-290 setembro, 2005.
114. Xavier M. O conceito de religiosidade em CG Jung. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, v.37, n. 2, pp. 183-189, maio/ago, 2006.
115. Frankl VE. *Sede de sentido*. São Paulo: Quadrante; 2003.
116. Fleck MP, Borges ZN, Bolognese G & Rocha NS Desenvolvimento do WHOQOL, módulo Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455, 2003.

117. Chauí M. A experiência do sagrado e a instituição da religião. In: _____. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática; 2000.
118. Jung CG. A natureza da psique. Petrópolis: vozes, 1984.
119. Negreiros TC. Quantidade e Qualidade de vida. In: Negreiros, A nova velhice: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
120. Vieira MGO. Velhice e Espiritualidade: reflexões sobre as transformações do envelhecer [Dissertação]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2009.
121. Lorenz KA, Hays RD, Shapiro MF, Cleary PD, Asch SM & Wenger NS. Religiousness and Spirituality among HIV-infected Americans. *Journal of Palliative Medicine*, 8(4), 774-781, 2005.
122. Armstrong TD & Crowther MR. Spirituality among older African Americans. *Journal of adult Development*, 9 (1), 3-12, 2002.
123. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria clínica. Revisão da Literatura*. Peres, JFP. et al. / *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34 (supl 1): 136-145.
124. Anandarajah G, High E. Spirituality and Medical Practice: Using the Hope Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Physician*. 2001; 63: 81-9.
125. Larson DB, Koenig HG. Is God good for your health? The role of spirituality in medical care. *Cleve Clin J Med* 67 (2):80, 83-84, 2000.
126. Connelly R & Light K. Exploring the "new" frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. *Journal of Religion and Health*, 42(1), 35-46, 2003. de <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/jorh/2003/00000042/00000001/00457710>
127. Levin JS, Larson DB, Puchalski CM. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA*. 1997; 278(9):792-3.
128. Association of American Medical Colleges. Report III: contemporary issues in medicine: communication in Medicine. Washington, DC: Association of American Medical College; 1999.
129. Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract*. 1991;32(2):210-3.
130. Rocha NS, Panzini RG, Pargendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-SRPB). In: Fleck MPA e colaboradores. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

131. The WHOQOL group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med.* 2006;62(6):1486-97.
132. Fleck MPA, Skevington S. Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica.* V.34, Suplemento 1, p. 146-149, 2007.
133. Organização Mundial da Saúde. Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1998.
134. Barbosa SRCS. Qualidade de vida e ambiente: uma temática em construção. In: Barbosa SRCS (Org.). *A temática ambiental e a pluralidade do ciclo de seminários do NEPAM.* Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998; 401-23.
135. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Revista HCPA.* 2006; 26:86-92.
136. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: 2000; 5(1): 7-18.
137. Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas VE, Py L, Neri AL, Cançada FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79-84.
138. Musschenga AW. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *J Med Philos.* 1997; 22:11-28.
139. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2001.
140. Trentini CM, Xavier FMF, Fleck MP. Qualidade de vida em idosos. In: Parente, MAMP (org.) *Cognição e envelhecimento.* Porto Alegre: Artmed; 2006. p.19-29.
141. Belasco AGS, Sesso R de CC. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: Diniz DP, Schor N (coord.) *Guia de qualidade de vida.* Barueri (SP): Manole; 2006. p. 1-10.
142. Ware JE, Kosinski M, Keller ED. *The SF-36 Physical and Mental Summary Scales: a user's manual.* Boston: The Health Institute; 1993.
143. World Health Organization. *Quality of life assessment: on annotated bibliography.* Geneva: World Health Organization; 1994.
144. Weineck J. *Atividade física e esporte para quê?* Barueri: Manole, 2003.
145. Almeida AB, Gutierrez GL, Marques R. *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas da pesquisa.* São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades – EACH/USP, 2012; 142 p:il.

146. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SC, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. Bras Epidemiol.* 2005; 8:246 – 5.
147. Alleyne GAO. Health and the quality of life. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2001; 9 (1): 1-6.
148. Ferreira C, Figueiredo MAF. Condicionamento físico: ativação e saúde para mulheres idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 9-22, jul./dez. 2008.*
149. Santos NF, Silva MRF. As políticas Públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista FSA, Teresina, v.10, n.2, art 20, PP. 358-371, abr/jun.2013.*
150. Cajueiro RLP. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante. 1º ed. Rio de Janeiro: Saraiva, 2013.
151. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.
152. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189–98. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID 1202204.
153. Thal LJ, Grundman M, Golden R. Alzheimer's disease: a correlational analysis of the Blessed Information - Memory-Concentration Test and the Mini-Mental State Exam. *Neurology* 1986; 36:262 -264.
154. Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W, Pauls A, Thora C, Morinigo A, et al. SIDAM: a structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer's type, multi-infarct dementia and dementias of the other etiology according to ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol Med.* 1991;21:225-36.
154. Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.
155. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
156. Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
157. The WHOQOL Group. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997 (MAS/MNH/PSF/97.4).

158. Kluthcovsky AC, Kluthcovsky F. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. 2009, vol.31, n.3, suppl., pp. 0-0. ISSN 0101-8108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>.
159. Power M, Schmidt S. *Manual WHOQOL-OLD*. Genebra: 5. World Health Organization; 1998. [19 p.]. [acesso 2011 out 27]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>.
160. Fleck M, Chachamovich E, Trentini C. Desenvolvimento e 9. validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:785-91.
161. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486-1497). *Soc Sci Med*. 2006;63(4):843-5.
162. The WHOQOL group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1486-97.
163. Panzini RG, et al. Validação brasileira do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 1, p. 153-165, jan./fev. 2011.
164. Daney C, Reidy J. *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. Tradução Lorí Viali. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
165. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Distrito Federal (DF): Ministério da Saúde, 2013.
166. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2008; 42(3):497-502. DOI: 10.1590/S0034- 89102008005000024.
167. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 825-832. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400013>.
168. Fabricio SCC, WehbeG, NassurFB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.5, pp. 721-726. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500004>.
169. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1102-111.

170. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Abr-Jun; 17(2): 304-12.
171. Mantovani MF, Mottin JV Rodrigues J. Nurse Home Visit with Educational Activities in the arterial pressure treatment. *Online Brazilian Journal of Nursing*[periodic na Internet]. 2007 [acessado 2013 jun 05]; 6(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing>.
172. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2007 Set-Out; 60(5):546-51.
173. Gonçalves TM. Habitar: A casa como contingência da condição humana. *Revista INVI* [online]. 2014, vol.29, n.80, pp. 83-108. ISSN 0718-8358. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582014000100004>.
174. Boff L. Os sacramentos da vida e a vida dos sacramentos. Petrópolis: Vozes, 1975, p. 49-50.
175. Moreira UA. Adélia Prado: uma poética da casa. Universidade Estadual de Ponta Grossa. UNILETRAS dezembro 2000.
176. Santos G, Sousa L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Revista Kairós Gerontologia*, 2013,16(2), pp.07-25. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.
177. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(1):19-23
178. Duarte FM, Wanderley KS. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Jan-Mar 2011, Vol. 27 n. 1, pp. 49-53.
179. Chachamovich E, Trentini CM, Fleck MPA, Schmidt S, Power M. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL-OLD. In: Fleck MPA e colaboradores. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
180. Pontes MLF. Qualidade de vida de fragilidade em idosos que residem em comunidades. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2013.
181. Gonçalves LHT, Scheir J. Grupo aqui e agora: uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 Abr-Jun; 14(2):271-9.
182. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças Psicol Saúde*. 2006 Jul-Dez; 14(2):143-50.

183. Gonçalves LTH, et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(2):315-325.
184. Moura I, Leite MT, Hildebrandt LM. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *RBCEH*, 2008, 5(2), 132-140.
185. Gomes L, Cárdenas CJ, Alves VP, Lopes C. Reflexões sobre a imagem da velhice mostrada no filme “Elsa e Fred. Um amor de paixão”. *Acta Sci. Human Soc.Sci. Maringá*, v. 30, n. 1, p. 25-34, 2008.
186. Bauer M, McAuliffe L e Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 2007, 2 (1), 63–68.
187. Agra LMC, Albuquerque LHM. Tanatologia: uma reflexão sobre a morte e o morrer. *Pesquisa psicológica [on line]*, Maceió, ano 1, n. 2, jan 2008.
188. Borges ADVS et al. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.
189. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, 2010 set-out;8(5):405-10.

ARTIGO¹**Perfil sócio-demográfico, clínico, grau de confiança e satisfação de pessoas idosas em assistência domiciliar e hospitalar no setor de saúde suplementar.**¹Maria Socorro de Soares Arcoverde²Irênio Gomes da Silva Filho³Geraldo Attilio Di Carli⁴Jussara Lima Soares⁵José Roberto Goldim

RESUMO: O envelhecimento constitui um processo dinâmico com desdobramentos demográfico e epidemiológico importantes, numa perspectiva positiva, porém suscita reflexão no que se refere as políticas, programas e serviços de saúde direcionado as pessoas idosas. Este estudo objetivou conhecer o perfil sociodemográfico clínico, grau de confiança e satisfação em pessoas idosas submetidas à assistência domiciliar e hospitalar por meios da Saúde Suplementar. Para atingir este objetivo, utilizou-se de um estudo exploratório e descritivo quantitativo, analítico, em uma amostra de 60 pessoas idosas em assistência domiciliar e hospitalar na cidade de João Pessoa-PB. Essa amostra foi dividida em dois grupos equitativamente, sendo 30 em assistência domiciliar e 30 em assistência hospitalar. Os questionários foram aplicados de julho a novembro de 2013, para a obtenção dos cálculos estatísticos foi utilizado o SPSS versão 18.0. Os participantes tinham idade variando entre 60 a 98 anos, com média de $80,9 \pm 8,9$ anos, com predomínio de pessoas do sexo feminino (71,7%). As doenças cardiovasculares predominaram em ambas as modalidades de assistência (50%; 40%, respectivamente), seguido das osteomusculares e respiratórias. Quanto ao grau de satisfação com a assistência recebida, observou-se que na modalidade domiciliar foi de 100%, enquanto na hospitalar 60%. Em relação ao grau de confiança, ambos os grupos mostraram-se confiantes na assistência recebida. Conclui-se que frente ao processo de envelhecimento a assistência domiciliar se apresenta como uma alternativa importante no cuidado de pessoas idosas.

Descritores: Assistência domiciliar; Assistência hospitalar; Saúde suplementar; Idoso; Satisfação do Paciente.

¹ Artigo submetido a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Qualis B1 - Interdisciplinar)

ABSTRACT: Aging is a dynamic process with important demographic and epidemiologic developments, in a positive perspective, but it requires a reflection concerning health policies, programs and services towards elderly people. This research aims at learning the clinical socio-demographic profile, confidence and satisfaction degree by elderly people subjected to home and hospital assistance by the Supplemental Health Services. In order to reach this goal, we used an exploratory, descriptive, analytical and quantitative study, in a 60 old people sample, both home and hospital assisted in João Pessoa-PB. The sample was equally divided into two groups, being 30 homely assisted and 30 in hospitals. The questionnaires were applied from July to November 2013. To obtain the statistical calculation, the SPSS version 18.0 was used. Participants were between 60 and 98 years old, with an average of $80,9 \pm 9,8$ years old, with predominant female participation (71,7%). Cardiovascular diseases predominated in both modalities of assistance (50% and 40% respectively), followed by osteopathic, muscular and respiratory diseases. As for the degree of satisfaction with the assistance received, we observed a 100% positive response among the homely assisted, whereas only 60% were satisfied by the hospital assistance. Both groups were confident as to the assistance received. One concluded that, when facing the aging process, home assistance seems to be an important alternative in the care for the elderly.

Keywords: Home Care Services; Hospital Care; Supplemental Health; Aged People; Patient Satisfaction.

:

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é fenômeno natural, universal, progressivo, que se insere num contexto social, cultural, econômico, político e de saúde pública denominado de envelhecimento populacional¹. No Brasil, nos últimos dez anos, a população cresceu 12,3%, os brasileiros com 60 anos de idade ou mais, aumentaram em 42%, e o segmento populacional de 80 anos ou mais de idade aumentou ainda mais com 60% de acréscimo. A estimativa é que, em 2050, este grupo etário corresponda a 19% da população brasileira². Diante desse contexto demográfico, ao longo dos anos foi se estabelecendo a difusão de conhecimento com estudos epidemiológicos, troca de experiências, planejamento para estruturar políticas públicas no sentido de atender a população idosa que vêm crescendo progressivamente no Brasil e no mundo³.

A velhice caracteriza-se por ser um fenômeno complexo e multifacetado, que ocorre no âmbito individual e coletivo, no qual a pessoa sofre diversas transformações de cunho físico, emocional, social, econômico e espiritual⁴. São evidenciadas repercussões positivas e, ao mesmo tempo, situações desafiadoras nos contextos das políticas de atenção à saúde, para a promoção de um envelhecimento ativo, saudável, afetado pelo mínimo de limitações e incapacidades e para o enfrentamento dos agravos à saúde especialmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{5 6}. Nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal causa de morte em todo o mundo e em especial no Brasil e atingem pessoas de todas as camadas socioeconômicas. Sendo as quatro principais patologias as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, responsáveis por causas de mais de 60% de todos os óbitos^{7 8}.

Frente a essa realidade, a rede pública de saúde no Brasil elaborou plano de ação e estratégias para o enfrentamento dessas doenças e seus fatores de risco baseadas em evidências para prevenção, controle e cuidado tendo como um dos eixos a integralidade⁹. O setor de saúde suplementar com o apoio da Agência Nacional de Saúde está introduzindo a adoção de novos processos, produtos, práticas, programas para mudança no modelo de Inovação, espaços de produção de evidências e de gestão do conhecimento e um dos objetivos é a prevenção de danos, riscos e doenças e promoção da saúde¹⁰.

Nessas perspectivas é factível a necessidade de uma política de assistência que valorize a dignidade do ser humano, nas tomadas de decisões, e considere a devida competência técnico-científica, valorizando a dimensão integral do ser humano. Dessa forma, é essencial considerar a heterogeneidade da população idosa com modelos de assistência que atenda as reais necessidades dessas pessoas. Estudos demonstram que, do ponto de vista

funcional e cognitivo, 80% das pessoas idosas necessitam de acompanhamento médico e de prevenção, para que possam se manter ativos e independentes, todavia, 10 a 25% de outros são portadores de condições clínicas que os identificam como frágeis necessitando de cuidados mais intensivos¹¹.

Nesse sentido, a assistência domiciliária configura-se, no âmbito das políticas de saúde como uma alternativa viável que vem se reestruturando e reorganizando em nível de prevenção, promoção e reabilitação da saúde no Brasil. Estudos consideram as vantagens do atendimento domiciliar são: facilitar a implementação de atividades destinadas a promover a integração e reabilitação do paciente em ambiente habitual e familiar, reduzir custos com internações e reintegrações, diminuir os riscos de infecções hospitalares, aumentar a rotatividade dos leitos em hospitais e melhorar as condições psicológicas do doente^{12 13}.

È importante considerar que tal conduta jamais poderá estar dissociada da assistência hospitalar, numa proposta de integralidade de serviços. É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados seja pelo considerável volume de recursos consumido por esse nível de atenção. Porém, essa modalidade de assistência tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência, principalmente no Sistema Único de Saúde¹⁴. Pesquisas revelam que os hospitais são responsáveis por 42% a 52% das admissões em UTI e consomem cerca de 60% das diárias disponíveis. A maioria desses dias sejam gastos imediatamente antes de morrer. Ressalta-se ainda quase 60% foram hospitalizados nos últimos 12 meses. Em decorrência desses dados, percebe-se a implicação de altos custos para o sistema de saúde^{15 16}.

Para os hospitais, a assistência domiciliária é um abraço operacional estratégico, permitindo a produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” e trazendo grande potencial de inovação¹⁷. Além de se apresentar como um instrumental importante para cuidado que requer uma maior atenção nas políticas públicas de saúde quando essa modalidade de assistência valoriza também a subjetividade humana. Para uma melhor compreensão e contribuição na área da geriatria e gerontologia este estudo objetivou conhecer o perfil sociodemográfico clínico, grau de satisfação e confiança em pessoas idosas submetidas à assistência domiciliária e hospitalar por meios da Saúde Suplementar.

2. MÉTODO

Estudo transversal, de cunho descritivo, analítico, contemplando uma abordagem quantitativa. A população foi de pessoas idosas com 60 anos ou mais, divididos em dois grupos: 30 pessoas idosas que estavam submetidas à assistência domiciliária e 30 em assistência hospitalar vinculadas ao Setor de Saúde Suplementar da cidade de João Pessoa, Paraíba.

Os critérios de inclusão foram de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, conscientes e orientadas, que apresentaram facilidade na expressão oral, e que se encontravam no momento da entrevista em assistência domiciliária e hospitalar. Foram excluídos da amostra aqueles que apresentaram comprometimento cognitivo para compreenderem e responderem os questionários.

As pessoas idosas foram convidadas, de forma aleatória, para participar do projeto nas duas modalidades de assistência. A pesquisa aconteceu de julho a novembro de 2013 nas residências dos idosos, onde os mesmos estavam sendo assistidos, e em um hospital geral, da cidade. Inicialmente foi utilizado o Miniexame de Estado Mental (MEEM), após os resultados de boa cognição foi aplicado um questionário fechado com perguntas relacionadas aos aspectos sócio-demográficos elaborado pelos pesquisadores.

Após a coleta os dados do estudo foram digitados na planilha Excel, para a obtenção dos cálculos estatísticos foi utilizado o “software” SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 18.0. O nível de significância foi de 5,0%. O cálculo amostral foi realizado utilizando o programa Action 2.2, tendo por base o Teste T, para um nível de significância 0,05 e um poder de 10%. As pessoas idosas foram convidadas, de forma aleatória, para participar do projeto nas duas modalidades de assistência.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovação do CEP/PUCRS, por meio da Plataforma Brasil, sob nº 5336, tendo sido aprovado e fundamentado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, nos quais foram informados sobre o objetivo do estudo, a importância e contribuição da pesquisa, a garantia do anonimato, a fidedignidade com que os dados foram trabalhados.

3 RESULTADOS

A seguir são apresentados os resultados contemplando o conhecimento sobre o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo com as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, nível de escolaridade, renda, tipo de residência, mora sozinho e diagnóstico. Em seguida é apresentado o Grau de Satisfação e de Confiança das pessoas idosas submetidas nas duas modalidades de assistência, ou seja, domiciliária e hospitalar (ver Tabela 1, 2).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra de pessoas idosas em assistência domiciliária e hospitalar.

Variáveis	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar	p
Idade (anos) – média ± DP	80,9 ± 8,9	83,8 ± 7,0	77,9 ± 9,8	0,010
Sexo – n(%)				0,252
Masculino	17 (28,3)	6 (20,0)	11 (36,7)	
Feminino	43 (71,1)	24 (80,0)	19 (63,3)	
Estado civil – n(%)				0,603
Casado	19 (31,7)	9 (30,0)	10 (33,3)	
Solteiro	4 (6,7)	1 (3,3)	3 (10,0)	
Viúvo	34 (56,7)	19 (63,3)	15 (50,0)	
Divorciado	3 (5,0)	1 (3,3)	2 (6,7)	
Nível de escolaridade – n(%)				0,785
Analfabeto	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Ensino fundamental incompleto	24 (40,0)	10 (33,3)	14 (46,7)	
Ensino fundamental	6 (10,0)	4 (13,3)	2 (6,7)	
Ensino médio completo	18 (30,0)	9 (30,0)	9 (30,0)	
Ensino superior	10 (16,7)	6 (20,0)	4 (13,3)	
Renda – n(%)				0,003
De 1 a 5 s.m.	22 (36,7)	6 (20,0)	16 (53,3)*	
De 6 a 10 s.m.	27 (45,0)	14 (46,7)	13 (43,3)	
Acima de 10 s.m.	11 (18,3)	10 (33,3)*	1 (3,3)	

Conforme resultados da Tabela 1, a amostra constitui-se por 60 pessoas idosas com idade variando entre 60 a 98 anos ($M = 80,9$; $DP = 8,9$), divididos em dois grupos equitativamente, sendo 30 em assistência domiciliária e 30 em assistência hospitalar. A maior parte é representada pelo sexo feminino com 71,7%. Observa-se que em relação ao estado civil os maiores percentuais foram de pessoas idosas viúvas em assistência domiciliária (63,3%) e hospitalar (50%), respectivamente. Quanto ao nível de escolaridade, o Ensino Fundamental Incompleto prevaleceu nas duas modalidades de assistência (33,3%; 46,7%, nomeadamente). No que se refere à renda, nota-se que os participantes em assistência domiciliária na sua maioria (46,7%) possuem renda na faixa de 6 a 10 salários mínimos, enquanto 53,3% do grupo em assistência hospitalar estão entre de 1 a 5 salários.

Com relação a variável tipo moradia Tabela 2, percebeu-se que a maioria das pessoas idosas entrevistadas, independentemente do tipo de assistência, reside em casas. Quando perguntado se mora sozinha, observou-se que, o grupo em assistência domiciliar, quanto ao grupo em assistência hospitalar indicaram que não residem sozinhas (100%; 93,3%, respectivamente).

Tabela 2 – Caracterização social, clínica, grau de confiança e satisfação da amostra de pessoas idosas segundo a assistência recebida.

Variáveis	Amostra total	Grupo Assistência Domiciliar	Grupo Assistência Hospitalar	p
Tipo de residência – n(%)				0,381
Casa	44 (73,3)	20 (66,7)	24 (80,0)	
Apartamento	16 (26,7)	10 (33,3)	6 (20,0)	
Mora sozinho – n(%)				0,492
Sim	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	
Não	58 (96,7)	30 (100)	28 (93,3)	
Diagnóstico – n(%)				0,081
Doenças cardiovasculares	27 (45,0)	15 (50,0)	12 (40,0)	
Doenças respiratórias	12 (20,0)	4 (13,3)	8 (26,7)	
Doenças osteomusculares	9 (15,0)	8 (26,7)	1 (3,3)	
Doenças endócrinas/metabólicas	2 (3,3)	0 (0,0)	2 (6,7)	
Doenças renais	5 (8,3)	1 (3,3)	4 (13,3)	
Neoplasias	2 (3,3)	1 (3,3)	1 (3,3)	
Outros	3 (5,0)	1 (3,3)	2 (6,7)	
Grau de confiança – média ± DP		9,0 ± 1,1	8,8 ± 1,1	0,407
Satisfação – n(%)				<0,001
Sim	48 (80,0)	30 (100)	18 (60,0)	
Não	12 (20,0)	0 (0,0)	12 (40,0)	

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Constata-se que a variável diagnóstico clínico as doenças cardiovasculares predominaram em ambas as modalidades de assistência (50%; 40%, respectivamente). Quanto ao grau de confiança, na assistência domiciliar, a pontuação das pessoas idosas foi de 90%±11%, enquanto que as estavam em assistência hospitalar à pontuação é de 88%±11%, ambos os grupos teve valores semelhantes. Quanto ao Grau de Satisfação apresentado na Tabela 2, são demonstrados os resultados acerca da sua avaliação nas duas modalidades (assistência domiciliar e hospitalar). observa-se que no conjunto das duas modalidades de assistência a grande maioria (80%) das pessoas idosas entrevistadas responderam estarem satisfeitos com a assistência recebida. Quando analisado por modalidade, a assistência domiciliar mostrou que a totalidade (100%) dos entrevistados encontram-se satisfeitos,

enquanto que os que estão em assistência hospitalar, indicou uma maioria de 60% de satisfação.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo a amostra total demonstrou que as pessoas idosas em assistência domiciliária e hospitalar tinham uma média de idade de 81 anos, com predominância do sexo feminino. Esse resultado corrobora com a distribuição populacional por idade e sexo em relação à estrutura etária do Brasil, que aponta para uma tendência no processo de envelhecimento, evidenciando uma população de idosos longevos, com idade igual ou superior a 80 anos em relação a outras faixas etárias nas últimas décadas¹⁹. Dados confirmados também por Veras et. al²⁰ de pessoas idosas vinculadas ao sistema suplementar de saúde no Brasil onde a maior cobertura é nas faixas etárias de 70 a 79 anos, com um percentual de 26,7% e 80 anos e mais com 30,2%.

Quanto ao sexo, neste estudo à predominância foi do sexo feminino esse resultado corrobora com a prevalência do sexo em nível mundial. No Brasil, segundo os dados do IBGE, 2012¹⁹, a feminização na velhice é considerada uma das características mais marcantes no país. Provavelmente, a relação da viuvez no sexo feminino deva-se a diversos fatores, tais como: diminuição das mortes maternas a partir de incentivos à atenção a saúde da mulher por meio de programas e políticas; por determinantes biológicos de proteção hormonal do estrógeno; por serem mais cautelosas no trânsito e trabalho; são menos consumidoras de álcool e tabaco; e finalmente, por se casarem com homens mais velhos²¹.

Em relação à escolaridade das pessoas idosas da amostra, prevaleceu o ensino fundamental nas duas modalidades de assistência. Este resultado quando associado com a média de idade e ao sexo pode deduzir que está relacionado ao contexto social no período em que esses idosos estavam em fase escolar, à procedência, advindos de uma cultura interiorana onde a oferta de ensino formal era mais reduzida que nos grandes centros urbanos e que as mulheres eram preparadas para o lar, poucas conseguiam escolarizar-se para no máximo ter formação pedagógica.

Quando analisado a renda, observou-se que foi de seis a dez salários mínimos nas duas modalidades de assistência, provavelmente, este resultado deva-se pelo fato dos participantes deste estudo ser na sua maioria funcionários públicos estaduais e federais, a maioria viúvos (as) aposentados (as) e com pensão do seu conjugue. Já o tipo de moradia notou-se que as pessoas idosas na sua maioria residem em casas e não moram sozinhas. Tal resultado pode estar associado a questões culturais, como a sua história de vida, manutenção

de sua identidade e questões afetivas em relação à sua residência e seus pertences, além da vida provinciana da cidade, considerando, também, o processo atual de verticalização habitacional na cidade na qual residem. Essa realidade diferencia de uma experiência piloto de assistência domiciliária para idosos acamados no sul do Brasil onde foi verificado que as pessoas idosas acamadas na sua maioria residiam em apartamentos²².

Quanto ao diagnóstico clínico, embora, esse estudo demonstre a predominância nas doenças cardiovasculares nas duas modalidades de assistência diverge de um estudo do interior paulista com pessoas idosas em assistência domiciliária, comprovados que, os casos mais diagnosticados eram ligados às doenças neurológicas com predominância à doença de Alzheimer e Parkinson²³.

Em relação ao grau de satisfação destaca-se que na modalidade da assistência domiciliária 100% demonstraram um grau elevado de satisfação. Este resultado se assemelha com os de Thumé et. al.²⁴, onde estes autores sugerem a operacionalização da assistência no domicílio como sendo a mais adequada, apontando que a satisfação com o serviço ofertado é considerado um indicador de qualidade da atenção. Salienta-se ainda, outros indicadores preponderantes para a satisfação da assistência domiciliária, tais como: sentimentos de satisfação por meio de gestos de carinho, atenção, sorrisos, recepção cordial em seu de aconchego familiar favorecendo a sua satisfação pessoal e com o serviço prestado²⁵.

No âmbito hospitalar 40% mostraram-se insatisfação, possivelmente este resultado encontra-se relacionado com as normas, rotina e o próprio ambiente hospitalar. Estudos demonstram que o isolamento da pessoa idosa, ocasionado pela internação hospitalar, afastando-o do seu local confortável (sua casa, seus pertences, seus familiares, seus amigos), aliado as dificuldades de adaptação a esse novo ambiente hostil, são indicadores que levam a um grau de insatisfação^{26 27}. Os resultados advindos do grau de confiança demonstraram que ambos os grupos de assistência domiciliária e hospitalar indicaram ser confiantes em relação à assistência recebida ($p < 0,05$). Possivelmente, este resultado pode estar associado ao grau de satisfação dos participantes do estudo.

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados desse estudo observa-se que na assistência domiciliária, à idade, renda e grau de satisfação da assistência recebida, foram maiores. Em se tratando do sexo, estado civil, escolaridade, se mora sozinha, tipo de residência, não houve associação significativa. Observa-se também, que o grau de confiança apresentou-se sem diferença 9,0 e 8,8 nas modalidades de assistência domiciliária e hospitalar respectivamente. Portanto, os resultados da amostra evidenciam na sua maioria uma homogenia, comparando os dois grupos pesquisados.

Diante da escassez de trabalhos científicos que avalia esses tipos de variáveis, especificamente no setor da saúde suplementar dificultou a discussão para as duas modalidades de assistência. Portanto, acredita-se que os dados obtidos neste estudo forneçam subsídios para outras pesquisas em relação a essa temática, contribua com as políticas, com os currículos e com a formação profissional na área da saúde, haja vista a fragilidade profissional nessa área do conhecimento na nossa realidade acadêmica. O profissional de saúde, nos mais diversos setores de sua atuação, percebe, claramente, a necessidade de uma atenção diferenciada às pessoas idosas, principalmente, quando estas se encontram com sua saúde comprometida.

O acesso aos serviços de saúde, principalmente hospitalar e ambulatorial parece estar garantido, porém é preciso adequar às necessidades da clientela levando em consideração as suas especificidades, principalmente em relação à idade e uma melhor modalidade de atenção à saúde¹⁹. Para tanto, a melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado, “Um modelo em que todos ganham”, numa linha de cuidados, integrando a promoção e a atenção à saúde das pessoas idosas²⁸.

A partir do exposto, considera-se que este estudo poderá se converter numa estratégia para a reconstrução de uma nova lógica de atenção à saúde, com ênfase na assistência domiciliária, numa perspectiva que privilegie sua melhoria e ampliação no Setor de Saúde Suplementar e se efetive a implementação dessa assistência no Sistema Único de Saúde, no cenário brasileiro e, em especial, na cidade de João Pessoa estado da Paraíba.

6 REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 548-54.
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Diretoria de pesquisas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira, Rio de Janeiro: 2013.
3. Santos SSC. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Gerontology and the Edgar Morin presuppositions. Textos Envelhecimento [periódico na Internet]*. 2003 [citado 2013 Maio 20]; 6(2): 77-91. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200006&lng=pt.
4. Santana CS. Velhice ou Melhor Idade? Dilemas éticos. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 98-102. São Paulo, 2012.
5. Beltrame V, Orso ZA, Gomes I. Doenças Crônicas e envelhecimento. In: *Atualizações em Geriatria e Gerontologia II. Abordagens multidimensionais e interdisciplinares*. Porto Alegre: edipucrs, 2009.
6. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Organização Pan-Americana da saúde/ Organização Mundial da Saúde. Brasília-DF, 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2012 Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Gaziano, TA, Pagidipati N. Scaling Up Chronic Disease Prevention Interventions in Lower and Middle- Income Countries – *Ann.Rev. Public Health* 2013, 34:137 -335.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. – Brasília-DF: 2013.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Organização Pan Americana de Saúde – OPAS. Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar. Brasília – DF: 2012.
11. Lourenço RA. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde pública*, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.
12. Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC & Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 147-157, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a08.pdf>. Acesso em: 05/04/2014.

13. Suarez Cuba, MÁ. Atención Integral a Domicilio. *Revista Médica La Paz*, 18(2), 52-58, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200010&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 04/04/2014.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
15. Brito FC, Ramos LR. Serviços de Atenção à saúde do Idoso. In: Papaléo Netto M, *Tratado de Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 2007; 671- 81.
16. Neto MP. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: Papaléo Netto M, *Tratado de Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 2007. p. 29-38.
17. Merhy EE, Feuerwerker LM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: *Seminário Nacional de Divulgação dos Resultados da Pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes*, n. 1, 2008, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos.* Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 5 maio . 2014.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Distrito Federal (DF): Ministério da Saúde, 2013.
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Diretoria de pesquisas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população Brasileira, Rio de Janeiro: 2012.
20. Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Publica.* 2008; 42(3):497-502. DOI: 10.1590/S0034- 89102008005000024.
21. Nicodemo D, Godoi MP. Juventude dos anos 60 – 70 envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext*, v. 6, n. 1, p. 40 – 53, 2010.
22. Marques GQ, Freitas IBA. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*[online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 825-832. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400013>.
23. Fabricio SCC, WehbeG, NassurFB, Andrade JI. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[online].

- 2004, vol.12, n.5, pp. 721-726. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000500004>.
24. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010;44(6):1102-111.
 25. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Cezar-Vaz MR. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2008 Abr-Jun; 17(2): 304-12.
 26. Mantovani MF, Mottin JV Rodrigues J. Nurse Home Visit with Educational Activities in the arterial pressure treatment. *Online Brazilian Journal of Nursing*[periodic na Internet]. 2007 [acessado 2013 jun 05]; 6(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing>.
 27. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*. 2007 Set-Out; 60(5):546-51.
 28. Veras RP. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre idosos. *Acta Scientiarum human and Social Sciences*. Maringá, v. 34, n.1, p. 3-8, jan-jun, 2012.

Capítulo de Livro²

Reflexões sobre a qualidade de vida e a espiritualidade no contexto da assistência domiciliária em idosos

**Maria Socorro de Soares Arcoverde
Cacilda Chaves Moraes de Lima
José Roberto Goldim**

1. O processo do envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, dinâmico e progressivo. No Brasil, está ocorrendo de forma acelerada, com modificações radicais, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total¹. A pessoa idosa é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), com base na idade cronológica. Nos países desenvolvidos, toma-se, como referência, a idade de 65 anos ou mais e, nos países em desenvolvimento, 60 anos ou mais. Esse parâmetro, no Brasil, é assegurado por meio da Política Nacional do Idoso (PNI), da Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994², e através do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003³. Apesar de ser menos preciso, o critério cronológico revela-se um índice importante, utilizado para estabelecer a condição de ser idoso, frente à delimitação da população para o âmbito legal, administrativo e para os estudos epidemiológicos, no sentido de planejar e estruturar políticas públicas, com transferência de tecnologias, difusão de conhecimentos e troca de experiências voltadas para uma população que cresce progressivamente⁴.

Diante desse parâmetro etário, oficial e estratégico, o Brasil apresenta um perfil demográfico em evolução. Conforme as estatísticas realizadas no período de 2001 a 2011, o número de brasileiros com 60 anos de idade ou mais, em termos absolutos, passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões de pessoas e, com participação relativa, aumentou de 9,0% para 12,1% no interstício mencionado. Estima-se que, em 2025, o Brasil alcançará cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais⁵. Em relação à Paraíba, o Estado é considerado o 1º (primeiro) do Nordeste e o 5º (quinto) do país com maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais (11,6%). Entre as 27 Unidades da Federação, o território

² Livro aprovado e no prelo da Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

paraibano já ocupa o patamar de 12º (décimo segundo) Estado com maior número de centenários⁶.

Em decorrência desse contingente e estimativa da população idosa no País, admite-se que o envelhecimento constitui um processo dinâmico que envolve alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, em decorrência de fatores intrínsecos e extrínsecos ao organismo⁷. Nesse processo, pesquisadores definem três padrões de envelhecimento. O primeiro, chamado de envelhecimento primário ou fisiológico, é universal e progressivo. Consiste num fenômeno que acontece com todos os seres vivos. É influenciado por múltiplos fatores, tais como: educação, estilo de vida, estresse, alimentação e exercícios físicos. Os indicadores desse evento são os cabelos brancos, as rugas, a flacidez muscular e os déficits. O segundo, o envelhecimento secundário ou patológico, está associado a doenças orgânicas, como: esclerose múltipla, doenças cardiovasculares, demências, câncer e outras patologias. Apresenta uma probabilidade maior de ocorrência com o avanço da idade. E, por último, o envelhecimento terciário ou terminal, relacionado a um grande aumento nas perdas físicas e cognitivas, durante um período de tempo relativamente curto. É reconhecido como o ponto final das doenças terminais, em qualquer idade⁸.

Diante do perfil etário e da definição dos padrões do envelhecimento acompanhado pelo declínio das capacidades, sejam físicas ou cognitivas na esfera epidemiológica, fomenta-se a necessidade de implementação de políticas públicas de saúde que se voltem para ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do idoso. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda que cada país procure todos os meios disponíveis para desenvolver programas e serviços, não tradicionais, de atenção ao idoso, com o propósito de promover o bem-estar integral dessa população no prazo de tempo mais curto e de melhor relação custo-benefício⁹. Esse complexo, na verdade, corrobora os fundamentos da promoção da saúde na velhice, os quais convergem para os princípios da saúde para todos, amparados pela Organização Mundial de Saúde, defensora da seguinte máxima: deve-se agregar vida aos anos, e não agregar anos à vida⁹, lema da Gerontological Society of America nos anos 1950.

Dessa forma, faz-se necessária uma nova reorientação de modelo assistencial, em conformidade com as políticas de saúde, para melhor atender uma demanda da população que cresce a cada dia, no sentido de buscar inovações no campo assistencial para que pessoas idosas sintam-se acolhidas e cuidadas, de forma que seu bem-estar seja preservado e amparado pela política nacional de humanização¹⁰. Com isso, urge uma reflexão no sentido de repensar o cuidado numa perspectiva gerontológica e multiprofissional, que atenda as

aspirações de idosos que são peculiares e singulares, considerando a qualidade de vida, a autonomia e a espiritualidade, no contexto da assistência domiciliar.

2. Qualidade de vida em idosos

A qualidade de vida é almejada em todas as etapas da vida, do nascimento ao envelhecimento. Dessa maneira, as pessoas desejam viver cada vez mais, desde que o aumento dessa sobrevivência lhes proporcione uma vida com boa qualidade¹¹. Porém, com o processo de envelhecimento, quando se iniciam os declínios das funções, evidenciam-se, naturalmente, as maiores preocupações em relação à qualidade de vida. Assim, muitos idosos prosseguem na vida saudáveis, com boa habilidade funcional, tanto física como cognitiva, de acordo com seus hábitos e estilo de vida saudáveis. Em contrapartida, outros podem adquirir incapacidades no processo de suas vidas em qualquer dos domínios (físico, psicológico e social), muitas vezes, culminando em doenças crônicas degenerativas¹¹. Por sua vez, a qualidade de vida poderá ser possível nos tempos confortáveis quanto nos desafiadores, a depender da esfera subjetiva de percepção de cada pessoa.

Portanto, a qualidade de vida está estreitamente ligada àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, como valor intrínseco e intuitivo, o qual está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano –viver bem e sentir-se bem¹². Nesse sentido, faz-se necessário entender significados e percepções sobre qualidade de vida nas diversas áreas do conhecimento humano, seja do ponto de vista biológico, social, político, econômico e cultural. Essa dinâmica de inter-relações suscita a busca pela compreensão de que essas estruturas influenciam na qualidade de vida das pessoas e estão conectadas às complexas realidades cotidianas¹³. Mantém, com efeito, estreito vínculo com o conceito de bioética, entendida como uma reflexão complexa, compartilhada e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver¹⁴.

Frente a essas reflexões complexas, Minayo¹⁵ refere que qualidade de vida é uma expressão portadora de muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, que a ela se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A Organização Mundial de Saúde entende a abrangência da qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹². Para tanto, o Grupo World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL),

por meio dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, numa visão relativa, utiliza-se de uma abordagem ideográfica que procura entender o indivíduo como um ser único, considerando as diferenças entre as pessoas mais importantes que assimilidades¹⁶. Além desses instrumentos genéricos de avaliação da Qualidade de Vida, outros instrumentos são de grande utilização em pesquisas e na prática clínica, como o Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey¹⁷ e o Sickness Impact Profile¹⁸.

Dentro dessa discussão, sabe-se que, na avaliação da qualidade de vida, são considerados tanto os aspectos objetivos, subjetivos e multidimensionais. Essa coalescência de fatores evidencia a atualidade do processo, sua relevância e multidisciplinaridade. É factível que existe uma íntima relação com a área da saúde, quando definimos a saúde como “um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades”¹⁹. Dessa forma, a saúde é um processo instável, podendo ter mudanças rápidas e ser fortemente influenciado por ações do sujeito e do ambiente¹⁹. Assim, o estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, apresentando-se como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo²⁰.

Dessa forma, quando se volta para estudos sobre envelhecimento, diante das variações do estado de saúde da própria velhice, observa-se a grande importância científica e social. Com o aumento do tempo de vida, é imprescindível repensar medidas que garantam aos idosos não somente viver mais ou postergar a longevidade, mas, como viver com qualidade, com satisfação e felizes. Ao envelhecer, provavelmente, aparecerão as doenças, muitas vezes, crônicas não transmissíveis. Tal condição pode influenciar a qualidade de vida, sendo amplamente reconhecida como um tópico de pesquisa em estudos clínicos e epidemiológicos²¹. Sabe-se que a forma como avaliamos nosso modo de viver e a nossa satisfação com a vida está relacionada a questões subjetivas, a critérios definidos individualmente, que se entrelaçam com as condições existentes (moradia, saúde, relações) e com as expectativas individuais²². Porém, percebe-se que os profissionais da saúde, geralmente, focam suas ações de cuidado ao idoso no controle da morbidade e mortalidade. Recentemente, mudanças de paradigmas estão acontecendo, na tentativa de redirecionar o foco da atuação para a avaliação do impacto da doença e seu comprometimento na qualidade de vida. Assim, não podemos esquecer que saúde é apenas um dos aspectos da vida. Mesmo quando a integridade corporal está comprometida, a vida pode ter boa qualidade. Dessa forma, Alleyne²³ refere que encontramos indivíduos que nos surpreendem com sua satisfação e alegria de viver, sua serenidade, seu senso de controle pessoal, seu estado de espírito, sua vontade de viver, sua competência comportamental, sua autoestima, sua inserção familiar e

social, sua maneira de encarar a vida, o sentido que deram às suas vidas, o significado que suas vidas representam para os outros e que, por outro lado, não estão íntegros do ponto de vista corporal.

Cumprido dizer, ainda, que a qualidade de vida está intimamente vinculada à autonomia e independência, que também são bons indicadores de saúde para a população idosa²⁴. Goldim^{25 26} amplia a concepção de autonomia ao defender que o Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como a autodeterminação de um indivíduo. Esta é apenas uma de suas várias e possíveis leituras. Essa reflexão se aproxima da visão do pensamento freireano, quando afirma que o homem toma consciência e se revela como sujeito através do diálogo, o qual lhe possibilita refletir sobre seu contexto de vida, social e histórico, e agir sobre este espaço de modo a transformá-lo. Essa revelação colabora, sobremaneira, com as reflexões acerca da saúde e do cuidado, na perspectiva de que a saúde se constrói com o outro e não para o outro. O cuidado é expressivo a partir do momento em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporciona o crescimento para quem cuida e para quem é cuidado²⁷. Nessa linha de pensamento, o cuidar toma uma dimensão que envolve força e poder. Força no âmbito da capacidade de criar espaços, esperanças ou modos de viver ao ser cuidado; *poder* numa perspectiva da autonomia –princípio preconizado pela bioética para amparar processos da atenção à saúde. Dessa forma, Celich²⁸, ao pesquisar domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão, deixa patente a importância de reconhecer as capacidades e potencialidades presentes no idoso, estimulando-o a viver desfrutando de seus direitos enquanto cidadão, mantendo seu espaço físico e existencial. Nesse contexto, a qualidade de vida, a autonomia e o cuidado, quando associados à espiritualidade (vista por Panzini¹⁶ como uma importante dimensão da qualidade de vida), constituem eventos que impulsionam as pessoas idosas a encontrar sentido para suas vidas, bem-estar, capacidade de decisão e melhoria de sua autoestima no seu espaço terapêutico.

3. Espiritualidade em idosos

A espiritualidade, como a religiosidade, sempre foi importante aliada das pessoas, como parte da dimensão humana. Há indícios consistentes, observados nos mais diversos estudos acerca da condição humana, de uma associação harmônica entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida e da influência das tradições e valores religiosos e espirituais nas práticas de saúde²⁹. É preciso destacar, aqui, que a espiritualidade e a religiosidade não são sinônimas, porém estão relacionadas. Para Durkheim³⁰, a religião é um sistema solidário de crenças, com práticas relativas a coisas sagradas, que se unem na mesma

comunidade moral, chamada igreja. Koenig³¹ define religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou transcendente, e espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente. De forma mais objetiva, Hufford³² atesta que a “espiritualidade se refere ao domínio do espírito”, ou seja, à dimensão não material, extrafísica da existência que pode ser expressa por termos como: “Deus ou deuses, almas, anjos e demônios”; refere-se habitualmente a “algo invisível e intangível que é a essência da pessoa”.

Dentro dessa compreensão, Chauí³³ traz, para reflexão, uma indagação de atitude filosófica que são as crenças e os sentimentos que alimentam, silenciosamente, nossa existência. Estudos discutem que a experiência religiosa pode ser um processo cognitivo e não apenas uma vivência emocional imediata, mediante estado alterado de consciência (EAC), por meios de práticas religiosas, como as preces repetitivas, meditação, estudadas com métodos de neuroimagem funcional. Discutem, ainda, que as práticas religiosas podem ter influência importante na forma como as pessoas interpretam eventos traumáticos e lidam com eles, promovendo percepções resilientes e comportamentos como a aprendizagem positiva da experiência, o amparo para superação da dor psicológica e a autoconfiança em lidar com as adversidades³⁴. Nesse sentido, tais colocações reafirmam a necessidade de se repensar a assistência prestada às pessoas e despertar para a importância da relação entre saúde e espiritualidade, principalmente quando se vive situações de agravos à saúde.

Nesse contexto da relação saúde e espiritualidade, destaca-se o Grupo de pesquisa da Organização Mundial de Saúde WHOQOL, que incluiu, no seu instrumento genérico de avaliação, a correlação entre corpo e espírito, quando se refere a um domínio que é denominado de Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (SRPB)³⁵, numa perspectiva de valorizar a dimensão espiritual do ser humano.

Percebe-se que, nos últimos anos, o sistema de saúde vem procurando formas de reestruturar sua área de conhecimento, de modo a fundamentar o cuidado dentro da concepção integral do indivíduo, passando a considerar que o ser humano não é, simplesmente, um organismo biológico, mas também um ser psicossocial e espiritual, constituindo-se naquilo que determina a sua singularidade como pessoa. A partir de 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou a definição de saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”, levando a Organização das Nações Unidas (ONU) a descrever, em seu relatório, os fatores necessários a uma boa qualidade de vida, incluindo a saúde do espírito³⁶.

A inclusão da dimensão espiritual, no conceito de saúde, leva-nos a refletir sobre a dinâmica do envelhecimento. Cícero³⁷, em “Saber Envelhecer”, apresenta a sua perspectiva filosófica sobre o envelhecimento, segundo a qual, ao invés de recriminar a velhice como um fardo pesado, as lamentações da maturidade decorrem do caráter individual e que é a natureza pessoal, e não a velhice, que torna a idade avançada penosa. Afirma que “quem não encontra dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade, achará execráveis todas as idades da vida. Mas todo aquele que sabe tirar de si próprio o essencial não poderia reprovar as necessidades da natureza”. Dessa forma, é plausível tentar fazer contato com essa essência única que cada um traz em seu interior. É um desafio para todos os seres humanos, em especial no processo de envelhecimento, ou na própria velhice: a busca do sentido para sua existência. Para Frankl³⁸, a espiritualidade é o impulso de buscar significado e propósito para a existência [...]. A dimensão espiritual compõe-se de: necessidades de encontrar significado, razão e preenchimento na vida; de ter esperança/vontade para viver e de ter fé em si mesmo, nos outros ou em Deus³⁶. Soares³⁹ acredita que a dimensão espiritual, como essência humana, é capaz de gerar força para ajudar nos enfrentamentos mais torrenciais da vida. Portanto, cuidar do espírito significa cuidar dos valores que dão rumo à vida e das significações que geram esperança, colocar os compromissos éticos acima dos interesses pessoais ou coletivos, alimentar o interior com contemplação [...].⁴⁰

Estudos desenvolvidos por Anandarajah & High⁴¹ constataram que: 94% dos doentes admitidos nos hospitais acreditam que a saúde espiritual é tão importante quanto a física; 77% acreditam que os médicos deveriam considerar mais as necessidades espirituais; e 37% gostavam de falar com os médicos sobre crenças religiosas; mas 80% dos médicos nunca ou raramente discutem questões espirituais ou religiosas com os seus doentes. Portanto, a consciência do cuidar requer a construção de um novo modelo de cuidado que deve ser elaborado na perspectiva integral do ser humano, apontando para uma estruturação multidisciplinar voltada, principalmente, para as pessoas idosas. Para tanto, é preciso conceber ambiente do cuidado como um espaço onde o paciente e a família possam ser vistos como uma única realidade de cuidados e, por conseguinte, recebam apoio técnico-científico, emocional e espiritual na busca de qualidade de vida. Nesse sentido, o sistema de crenças e valores de cada pessoa deve ser considerado em qualquer dos ambientes de assistência à saúde.

4. A assistência domiciliária em idosos

Os modelos de atenção à saúde no Brasil, nos últimos anos, têm se apresentado, historicamente, a partir de suas dimensões econômicas, políticas e culturais, compreendendo que a saúde da população é resultante da forma como a sociedade se organiza. Dessa forma, prevalecem, ao longo dos anos, modelos hegemônicos, com enfoque curativo predominantemente hospitalar e modelos sanitários baseados em intervenções ambulatoriais preventivas sobre necessidades detectadas. Ambos, vale ressaltar, convivem de forma contraditória ou complementar⁴².

Desse modo, com a construção de novos pensamentos para o desenvolvimento de propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde, incorporou-se as políticas públicas brasileiras a partir de 1988, com a Constituição da República Federativa do Brasil. A definição “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*” encerra um normativo que é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos (Art. 196)⁴³. Essa proposta já havia sido feita pela Organização Mundial da Saúde na metade do século XX, com o reconhecimento da saúde como um dos direitos humanos coletivos⁴⁴.

Com esse amparo legal, vêm sendo implantadas, progressivamente, formulações de políticas, programas e serviços de saúde intersetoriais em várias esferas do governo, seja no âmbito público ou em convênio com o setor privado, que buscam modelos assistenciais com tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas⁴⁵. Na atualidade, considera-se a possibilidade de instituir, na atenção à saúde, o princípio da integralidade, da equidade e da humanização, segundo os valores de compromisso com o cuidar dos indivíduos e da coletividade.

Nesse sentido, a assistência domiciliária configura-se, no âmbito das políticas de saúde, uma alternativa entre a atenção hospitalar e ambulatorial, no atendimento e na promoção da saúde, especialmente da população idosa. Dessa forma, a modalidade domiciliária de atenção à saúde conta com a existência de uma legislação que ampara a pessoa idosa. A Carta Magna do Brasil possibilitou a ampliação de outras conquistas em defesa dos direitos dessa população, destacando-se a Política Nacional do idoso, Lei 8. 942/94², e o Estatuto do Idoso, Lei 10. 741/2003³, adotados como marco legal das conquistas em prol do fortalecimento da atenção à população idosa do país.

Sob o amparo da legislação vigente, é necessário repensar a assistência de saúde dirigida ao idoso no Brasil, considerando que são valorizadas, no país, apenas ações de infraestrutura de serviços de saúde, com foco em assistência hospitalar, em detrimento de outros serviços que poderiam atender pessoas, principalmente idosos, com possibilidades de redução de custos e uma maior dignidade na assistência, a exemplo da assistência domiciliária.

Ao longo da história, a assistência domiciliária vem ganhando espaço em todo o mundo, principalmente nos centros mais desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos e Europa. No Brasil, por muito tempo, tal procedimento voltava-se para a área da saúde pública, visando à prevenção e à promoção da saúde. O primeiro Sistema de Assistência Domiciliária à Saúde (ADS) foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1968. Na ocasião, tinha como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados. A estratégia adotada foi a implantação de um tipo restrito de atendimento domiciliário pautado nos cuidados de baixa complexidade clínica⁴⁶.

Dessa forma, tem se constatado um crescimento no número de empresas privadas que oferecem essa modalidade de atendimento. Apenas a título de comparação, em 1994, existiam cinco empresas e, em 1999, esse número passou para uma marca superior a cento e oitenta empresas⁴⁷. No serviço público, através do Sistema Único de Saúde, a operacionalização desse serviço permanece incipiente em muitas regiões, encontrando-se acessível somente em algumas regiões e centros urbanos mais desenvolvidos do país⁴⁸.

Assim, a inexistência ou a falta de propagação desse serviço talvez se deva ao fato da legislação ter se revelado um constructo de amparo particular de atenção à saúde, que requer a prestação de serviço multiprofissional e interdisciplinar. De acordo com as normas brasileiras, destacam-se alguns documentos legais, tais quais: a Resolução do COFEN nº 270/2002⁴⁹, a Resolução CFM nº 1.668/2003⁵⁰ e a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11/2006⁵¹, entre outros dispositivos que normatizam empresas e outras associações que vêm se preocupando com a prestação de serviços nesse segmento de assistência.

Com a mudança no cenário de vida e de saúde da população brasileira, vem aumentando, cada vez mais, a demanda por melhorias na qualidade de atenção à saúde numa perspectiva de cuidado integral e, ao mesmo tempo, aumentando a necessidade de ampliar a rede de assistência que atende a população de uma forma integrada e humanizada. Diante dessas necessidades, foi implantado o serviço de assistência domiciliar denominado “Melhor em Casa - a segurança do hospital no conforto do seu lar”, com a instituição da portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011, que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011,

com o apoio do Ministério da Saúde no âmbito do SUS. Esse processo ocorreu a partir de negociação e pactuação entre gestores municipais e estaduais, com a esfera federal, representando avanços para a gestão de todo o sistema público de saúde do país⁵².

Dessa forma, assistência domiciliária aponta para uma reestruturação e reorganização da atenção à saúde, para além dos serviços institucionalizados, adentrando na construção de uma nova ação profissional no contexto da saúde, envolvendo ou interagindo no local de vida de indivíduos, em sua comunidade e, principalmente, em seu domicílio⁵³. Sabe-se que, ao longo da história, essa modalidade de assistência foi reconhecida, com plena interação entre paciente, família e profissionais. Caracterizou-se, também, pelo acolhimento e pela atenção à subjetividade de cada indivíduo, estruturando-se no âmbito das políticas de saúde em todo país.

Estudos recentes consideram que o domicílio é um espaço social para o idoso. É um *locus* que exerce um papel importante na manutenção da própria identidade, podendo favorecer sua autonomia e independência⁵⁴, deixando o idoso mais próximo de sua realidade, do convívio familiar e social de seus objetos pessoais, contribuindo, assim, para a melhor recuperação e promoção de sua saúde.

Os principais objetivos da assistência domiciliária são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; ser um campo de ensino e pesquisa⁵⁵.

Ao mesmo tempo, estudos expõem diversos aspectos problemáticos e conflituosos, do ponto de vista ético, no atendimento domiciliário ao idoso. Nessa perspectiva, destacam-se os questionamentos sobre as escolhas autônomas do paciente idoso para essa modalidade de assistência, ações dos cuidadores que podem ser transformadas ou não em ações efetivamente terapêuticas ou em implicações de sequelas para o idoso. Questiona-se, também, a transferência de tecnologias médicas para os domicílios, transformando-os em meros “satélites” dos hospitais, sem a devida competência necessária e legalização de atuação⁵⁶.

Mesmo ante as divergências conceituais, a assistência domiciliária surge e se consolida como uma alternativa viável de atenção à saúde, numa perspectiva de reflexão sobre o cuidar humano, principalmente no que tange ao atendimento às pessoas idosas comprometidas com sua independência, a qual, muitas vezes, encontra-se debilitada devido às doenças crônico-degenerativas. É factível a necessidade de uma política de assistência que valorize a dignidade

do ser humano, nas tomadas de decisões, e considere a devida competência técnico-científica, em congruência à perspectiva de humanização da assistência preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando as dimensões física, social, psíquica, emocional e espiritual do indivíduo. Aliás, é preciso não esquecer que tal conduta jamais poderá estar dissociada da assistência, anterior ou concomitantemente, hospitalar, numa proposta de integralidade de serviços.

Muitas vezes, no seio hospitalar, depara-se com pessoas idosas acometidas por alguma doença crônica não transmissível, clamando por cuidados em seus domicílios, principalmente, quando estão sem perspectiva de cura em internamento prolongado, expostas a situações de profundo estresse, com repercussões emocionais, sujeitas a complicações. É preciso saber conviver com a tecnologia, reconhecer sua importância inestimável, mas precisamos, principalmente, saber que o ser humano é um ser multidimensional, com sua dimensão cultural, psíquica, social e espiritual, que também precisam ser atendidas.

Portanto, essa reflexão poderá se converter numa estratégia para a reconstrução de uma nova estrutura de atenção à saúde, com ênfase na assistência domiciliar, numa perspectiva da melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento da espiritualidade de uma demanda da população que vem crescendo progressivamente e requer, com efeito, uma maior atenção nas políticas públicas de saúde que valorizem também a subjetividade humana, a fim de compreender as suas satisfações no contexto da saúde e da vida.

REFERÊNCIA

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 548-54.
2. Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.
3. Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
4. Santos SSC. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Gerontology and the Edgar Morin presuppositions*. *Textos Envelhecimento* [periódico na Internet]. 2003 [citado 2013 Maio 20]; 6(2): 77-91. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200006&lng=pt.
5. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, Rio de Janeiro: 2012.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo 2010. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 10 abr. 2012.
7. Neto MP. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: Papaléo Netto M, Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007; 29-38.
8. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento Domiciliar: um enfoque Gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2007; 33-47.
9. Brito FC, Ramos LR. Serviços de Atenção à saúde do Idoso. In: Papaléo Netto M, Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007; 671- 81.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. *Cartilha PNH*: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: 2004.
11. Paschoal SMP; Qualidade de vida na velhice. Portal do envelhecimento: sua rede de comunicação e solidariedade. Envelhecimento, qualidade de vida, saúde e políticas públicas. www.portaldoenvelhecimento.org.br/ B:\AAA\ARTIGOS Acesso em 30.04.2013.
12. Fleck MPA, Lima AFBS, Polanczyk CA, Trentini CM, Bandeira D, Patrick DL, et al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008; 19-28.
13. Barbosa SRCS. Qualidade de vida e ambiente: uma temática em construção. In: Barbosa SRCS (Org.). A temática ambiental e a pluralidade do ciclo de seminários do NEPAM. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998; 401-23.
14. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Revista HCPA. 2006; 26:86-92.
15. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2000; 5(1): 7-18.
16. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiquiatria clínica* [online]. 2007; 34, (supl.1):105-115.
17. Ware JE, Kosinski M, Keller ED. The SF-36 Physical and Mental Summary Scales: a user's manual. Boston: The Health Institute; 1993.
18. World Health Organization. Quality of life assessment: on annotated bibliography. Geneva: World Health Organization; 1994.
19. Organização Mundial da Saúde- OMS. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946. [citado 2009 out 18]. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.
20. Weineck J. Atividade física e esporte para quê? Barueri: Manole; 2003.

21. Almeida AB, Gutierrez GL, Marques R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas da pesquisa. São Paulo: Escola de artes, ciências e humanidades – EACH/USP, 2012; 142 p:il.
22. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SC, et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev. BrasEpidemiol. 2005;8:246 – 5.
23. Alleyne GAO. Health and the quality of life. Rev. Panam. SaludPublica. 2001; 9 (1): 1-6.
24. Netto MP. Processo de envelhecimento e Longevidade. Tratado de Gerontologia atheneu; 2007.
25. Goldim JR Princípio do respeito à pessoa ou autonomia. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Kesselring>), 2007.
26. _____. Núcleo Interinstitucional de Bioética. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>.
27. Fontes CAS, Alvim NAT. Cuidado humano de enfermagem a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro: 2008; 16 (2):193-9.
28. Celich KLS. Domínios de qualidade de vida e capacidade para a tomada de decisão em idosos participantes de grupos de terceira. Porto Alegre: PUCRS, 2008. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Doutorado em Gerontologia Biomédica.
29. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, et al. Bioética e espiritualidade. Porto Alegre: Edipucrs; 2007.
30. Durkheim E. As formas elementares de vida religiosa. São Paulo: Paulinas; 1989.
31. Koenig H. - Handbook of religion and health: a century of research reviewed. University Press, Oxford, 2001.
32. Hufford DJ. An Analysis of the Field of Spirituality, Religion and Health (S/RH). Disponível em <http://www.metanexus.net/tarp/pdf/TARP-Hufford.pdf>
33. Chauí M. A experiência do sagrado e a instituição da religião. In: _____. Convite à Filosofia. São Paulo: Ática; 2000.
34. Peres JFP, Simão MJP, Nasello AG. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Revista de Psiquiatria clínica. Revisão da Literatura. Peres, JFP. et al. / Rev. Psiq. Clín. 2007; 34 (supl 1): 136-145.
35. Rocha NS, Panzini RG, Pargendler JS, Fleck MPA. Desenvolvimento do módulo para avaliar espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do WHOQOL (WHOQOL-

- SRPB). In: Fleck MPA e colaboradores. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed;, 2008.
36. Celich KLS, Zenevich L, Souza SMS, Moriguchi Y. A dimensão espiritual no processo de cuidar. In: Atualizações em Geriatria e Gerontologia II. Abordagens multidimensionais e interdisciplinares. Porto Alegre: edipucrs, 2009.
 37. Cícero MT. Saber envelhecer. (Tradução de Paulo Neves). Porto Alegre: LP&M; 2010.
 38. FRANKL VE. Sede de sentido. São Paulo: Quadrante; 2003.
 39. Soares MS, Lima CB. Grito de dor e canção de amor: visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB; 2005.
 40. Boof L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra, 4 ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
 41. Anandarajah G, High E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. American Family Physician. 2001; 63: 81-9.
 42. Paim JS, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Organizadores: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
 43. Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil, 21ª edição, atualizada em 2003; 1988.
 44. Vasak K. (1977). "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights." UNESCO Courier 30(11).
 45. Paim JS, Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Organizadores: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008.
 46. Leme LEG, Dias MHMS. Serviços de assistência domiciliária, objetivos, organização e resultados. In: Papaléo Netto M, organizador. 2ª ed. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007; 683-94.
 47. Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AAG. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. Rev. Neurociências; 2001; 9(3): 111-117.
 48. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva; 2005;10 (sup):231-242.

49. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução do nº 270/2002, aprova a regulação de empresas que prestam serviços de Enfermagem Domiciliária – Home care.
50. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 1.668/2003 - Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.
51. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF.
52. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: Brasília, 2011.
53. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; 2006; 15(4): 645-53.
54. Leme LEG, Dias MHMS. Serviços de assistência domiciliária, objetivos, organização e resultados. In: Papaléo Netto M, organizador. 2ª ed. Tratado de Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2007; 683-94.
55. Osmo AA, Castellanos PL. Os cuidados a domicílio: da decisão política à gestão de programas. <http://www.ufrgs.br/pdgs/Cuidadomicilio.htm>.
56. Foriani CA, Schramm FR. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? In: Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2004.

APÊNDICE A – Termo de Anuência para Pesquisa em Assistência Domiciliária



AFRAFEP - SAÚDE

Serviço de Assistência Médico-Hospitalar da Associação dos Fiscais de Renda e
Agentes Fiscais do Estado da Paraíba
Fundado em 04 de maio de 1991
Segurança, Tranquilidade e Saúde com Solidariedade.
Insc. ANS Nº 33.028-1

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo a realização da pesquisa intitulada ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA, ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS, sob a responsabilidade da Pesquisadora Maria Socorro de Soares Arcoverde, docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba, doutoranda da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob a orientação do Professor Dr. José Roberto Goldim. A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade de vida e a espiritualidade de idosos em assistência domiciliária, vinculados ao Setor Suplementar de Saúde do município de João Pessoa –PB.

Ciente do objetivo da pesquisa acima citado, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento.

João Pessoa, 21 de fevereiro 2013



Elaine Carvalho César
Gerente Administrativa

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa em Assistência Domiciliária



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA 2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PESQUISA

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário n°: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hospital: () Domicílio: ()

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre “*Assistência domiciliária, espiritualidade e qualidade de vida em idosos*”. A sua participação na pesquisa será apenas responder verbalmente aos questionários sobre qualidade de vida, espiritualidade e decisão sobre o tratamento. As respostas serão anotadas pelo pesquisador nos formulários adequados. Os participantes do estudo não estarão expostos a qualquer procedimento que envolvam riscos, a não ser o eventual desconforto gerado pelo tempo necessário para responder às perguntas e pelo seu conteúdo. Espera-se que as informações coletadas nesse estudo possam contribuir no entendimento do significado de ser cuidado **em domicílio**. Não há benefício direto associado à sua participação na pesquisa. Os resultados deste estudo serão publicados na forma de uma Tese de Doutorado e de artigos científicos, sempre preservando integralmente os dados de identificação pessoal dos participantes da pesquisa.

O Pesquisador responsável por este Projeto é o Prof. Dr. José Roberto Goldim, tendo como orientanda a aluna Prof^a. Maria Socorro de Soares Arcoverde, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica - DINTER, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que estará disponível para esclarecimentos pelo telefone (31) 3216- 7400 ou 9844- 1860. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com telefone para contato (51)3320 3345.

Você pode solicitar esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa para os pesquisadores ou para os Comitês de Ética em Pesquisa que avaliaram este projeto a qualquer momento. Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você como forma de documentar a sua aceitação em participar no projeto. Você pode interromper a sua participação no projeto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, dos procedimentos, riscos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa, e que minha decisão ocorre de forma voluntária.

Data: ___/___/___ Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador que obteve o consentimento

Nome: _____ Assinatura: _____ ___/___/___

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa em Assistência Hospitalar



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA 2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PESQUISA

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário nº: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre “*Assistência domiciliar, espiritualidade e qualidade de vida em idosos*”. A sua participação na pesquisa será apenas responder verbalmente aos questionários sobre qualidade de vida, espiritualidade e decisão sobre o tratamento. As respostas serão anotadas pelo pesquisador nos formulários adequados. Os participantes do estudo não estarão expostos a qualquer procedimento que envolvam riscos, a não ser o eventual desconforto gerado pelo tempo necessário para responder às perguntas e pelo seu conteúdo. Espera-se que as informações coletadas nesse estudo possam contribuir no entendimento do significado de ser cuidado **em nível hospitalar**. Não há benefício direto associado à sua participação na pesquisa. Os resultados deste estudo serão publicados na forma de uma Tese de Doutorado e de artigos científicos, sempre preservando integralmente os dados de identificação pessoal dos participantes da pesquisa.

O Pesquisador responsável por este Projeto é o Prof. Dr. José Roberto Goldim, tendo como orientanda a aluna Prof^a. Maria Socorro de Soares Arcoverde, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica - DINTER, do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS, que estará disponível para esclarecimentos pelo telefone (31) 3216- 7400 ou 9844- 1860. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, com telefone para contato (51)3320 3345.

Você pode solicitar esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa para os pesquisadores ou para os Comitês de Ética em Pesquisa que avaliaram este projeto a qualquer momento. Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você como forma de documentar a sua aceitação em participar no projeto. Você pode interromper a sua participação no projeto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento. Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, dos procedimentos, riscos e benefícios do presente Projeto de Pesquisa, e que minha decisão ocorre de forma voluntária.

Data: ___/___/___ Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisador que obteve o consentimento

Nome: _____ Assinatura: _____ ___/___/___

APÊNDICE E - Ficha Sociodemográfica



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA 2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PESQUISA

**ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE
ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA**

Questionário nº: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hospital: () Domicílio: ()

Ficha Sócio-demográfica

1. Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Assistência Domiciliária: () Assistência Hospitalar ()

2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Fone: (83) _____/_____ Data do Nasc: ___/___/___

Idade: _____ Naturalidade: _____ Sexo: 0 – M () 1- F ()

Formação: _____ Profissão/Atuação: _____

Nº de filhos: _____ **2.1 - Possui cuidador:** 0 – Sim () 1- Não ()

2.2 - O seu cuidador é (referir-se ao principal cuidador do idoso caso haja mais de um)

0 - Da família () 1 - Contratado () 2 - Voluntário () 3 - Outro () ex: _____

2.3 - Etnia	2.4 - Estado civil	2.5 - Religião
0 – Branca ()	0 – Casado ()	0 – Católica ()
1 – Negra ()	1 – Solteiro ()	1 – Evangélica ()
2 – Parda ()	2 – Viúvo ()	2 – Espírita ()
3- Indígena ()	3 – Divorciado ()	3 – Outros ()
4 – Amarela ()		

2.6 - Renda	2.7 - Condições da renda	2.8 - Escolaridade
0 – 1 salário mínimo ()	0 – Ativo ()	0 – Analfabeto ()
1 – > 1 até 2sm ()	1 – Aposentado ()	1- Ensino Fund. Incompleto ()
2 – de 3 a 5 sm ()	2 – Pensionista ()	2 – Ensino Fund. Completo ()
3 – de 6 a 10 sm ()	3 – Pensionista/aposentado ()	3 – Ensino Médio Incompleto ()
4 – acima de 10 sm ()		4 - Ensino Médio Incompleto ()
		5 – Ensino superior ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

2.9 - Residência	2.10 - Tipo de residência	2.11 - Dependências do domicílio acessível	2.12 - Banheiro acessível do domicílio
0 – Própria ()	0 – Casa ()	0 – Sim ()	0 – Sim ()
1 – Alugada ()	1 - Aptº ()	1 – Não ()	1 – Não ()
2 – Outra ()			

Área construída da residência em (m²): _____

ARRANJOS FAMILIARES RESIDENTES EM DOMICÍLIOS

2.13 - Mora sozinho (a) 1 - () sim 2 - () não
2.14 - Com quantas pessoas reside: _____
Nº de crianças: _____ Nº de adolescentes: _____ Nº de adultos: _____ Nº de idosos: _____

FATORES DE RISCO

2.15 - Peso em média nos últimos dez anos		2.16 - Altura Média	
Peso _____		Altura _____	
2.17 - Tabagismo nos últimos dez anos		2.18 Alcoolismo nos últimos dez anos	
0 – Nunca Fumou ()		0 - nunca bebeu () (0 doses/dia)	
1 – Fumante ()		1 – Bebida leve () (0,5 a 2 doses por dia)	
2 – Ex Fumante ()		2 – Bebida moderada () (1-2 doses/dia)	
3 – Fumante Passivo ()		3 - Bebida pesada () (3-4 ou mais doses* por dia)	
4 – Ex Fumante Passivo ()			
2.19 - Nº de cigarros		2.20 - Realização de atividade física nos últimos dez anos (dias/semana)	
0 – menos de 10 cigarros/dia ()		0 – Nenhum dia da semana ()	
1 – 11 a 19 cigarros/dia ()		1 – 1 a 2 dias na semana ()	
2 – 20 ou mais cigarros/dia ()		2 – 3 a 5 dias na semana ()	
		3 – todos os dias da semana ()	
2.21 - Consumo regular de frutas e hortaliças nos últimos dez anos (dias/semana)			
0 – não consumia em nenhum dia da semana ()			
1 – pelo menos 1 a 2 dias na semana ()			
2 – pelo menos 3 a 5 dias na semana ()			
3 - todos os dias da semana ()			
2.22 - Realização de esporte e lazer			
Esporte: 0 – sim () 1 – não ()			
Musica: 0 – sim () 1 – não ()			
Pintura: 0 – sim () 1 – não ()			
Leitura: 0 – sim () 1 – não ()			
TV: 0 – sim () 1 – não ()			
Outro: 0 – sim () 1 – não ()			

* Uma dose-padrão de bebida alcoólica (350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 50 ml de destilado) contém, aproximadamente, 10-14 g de álcool puro.

CONDIÇÕES CLÍNICAS

2.23 - Diagnóstico motivo da internação: _____

2.24 - Doença (s) associada (s):	2.25 - Há quanto tempo recebe assistência Domiciliária:
0 – Hipertensão Arterial ()	0 – 15 dias ()
1 – Diabetes ()	1 – De 16 a 30 dias ()
2 – Doenças Cardiovasculares ()	2 – De 31 a 60 dias ()
3 – Doenças Respiratórias ()	3 – De 61 e mais ()
4 – Doenças Auto-Imunes ()	2.26 – Já teve internação hospitalar:
5 – Obesidade ()	0 – Sim () 1 – Não ()
6 – SIDA ()	Motivo: _____
7 – Outra ()	Períodos que recebeu assistência hospitalar:
	0 – uma única vez ()
	1 – duas ou mais vezes ()
2.27 - Está satisfeito (a) com a assistência recebida em sua residência:	
0 – Sim () 1 – Não ()	

2.28 - Confiança na Assistência Domiciliária:
1 _____ 10

ANEXO A - Autorização da Comissão Científica

Senhor (a) Pesquisador (a) Maria Socorro de Soares Arcoverde,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de **“ASSINTÊNCIA DOMICILIÁRIA, ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS”**.

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,



Prof. Carla Helena Schwanke

Coordenadora da CC/IGG

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000

Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862

E-mail: igg@pucrs.br

www.pucrs.br/igg

ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA, ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Pesquisador: José Roberto Goldim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15493913.1.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 315.719

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

Sem ressalvas ao colocado no parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Sem ressalvas ao colocado no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Da avaliação do projeto de pesquisa, entende-se que não há riscos na implementação da pesquisa proposta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem ressalvas ao colocado no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem ressalvas.

Recomendações:

Sugere-se que o pesquisador atualize o item "Métodos" de seu projeto de pesquisa: no subitem "Delineamento", deverá especificar que a pesquisa será em três fases (conforme coloca no subitem "Coleta de Dados"). Deverá também proceder a esta atualização no subitem "Análise dos Dados". Ainda, no detalhamento do estudo apresentado à parte (05.06.2013), o pesquisador deverá completar o item "Metodologia Proposta".

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320-3345

Fax: (513)320-3345

E-mail: cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 315.719

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

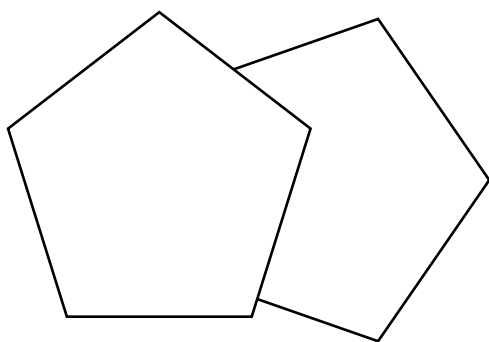
Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 25 de Junho de 2013

Assinador por:
caio coelho marques
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681
Bairro: CEP: 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)320-3345 **Fax:** (51)320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

1.7- Pedir para o idoso repetir: ‘NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ’. Marcar x somente nas respostas corretas.			
<input type="checkbox"/> Acertou		<input type="checkbox"/> Errou	
1.8- Comando de três estágios: Peça para o idoso obedecer aos seguintes comandos (marcar x somente nas respostas corretas):			
<input type="checkbox"/> “Pegue esta folha de papel”	<input type="checkbox"/> “Dobre-a ao meio”	<input type="checkbox"/> “ E coloque no chão”	
1.9 - Peça para o idoso escrever uma frase completa (<i>se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje, alguma coisa que queira dizer, porém não dê exemplos</i>):			
<input type="checkbox"/> Acertou		<input type="checkbox"/> Errou	
1.10 - Peça para o idoso ler sozinho, em voz baixa, e executar o seguinte comando: “FECHE OS OLHOS”			
<input type="checkbox"/> Acertou		<input type="checkbox"/> Errou	
1.11 - Peça para o idoso copiar o desenho dos pentágonos sobrepostos:			
<input type="checkbox"/> Acertou		<input type="checkbox"/> Errou	
TOTAL DE PONTOS NO MEEM (considerar apenas os acertos):			



ANEXO D - Questionário WHOQOL – BREF



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA 2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PESQUISA

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário nº: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hospital: () Domicílio: ()

WHOQOL – BREF

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e marque no número que lhe parece a melhor resposta.

BREF-1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	muito ruim () 1	ruim () 2	nem ruim nem boa () 3	boa () 4	muito boa () 4
BREF-2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-3. Em que medida você acha que sua dor (física), impede você de fazer o que precisa?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-4. O quanto você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-5. O quanto você aproveita a vida?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-7. O quanto você consegue se concentrar?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
BREF-9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5

As seguintes perguntas sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nessas últimas duas semanas.

BREF-10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 4
BREF-11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	nada ()	muito pouco ()	médio ()	muito ()	completamente ()

	1	2	3	4	5
BREF-12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
BREF-13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
BREF-14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

BREF-15. Quão bem você é capaz de se locomover?	muito ruim () 1	ruim () 2	nem ruim nem bom () 3	bom () 4	muito bom () 5
BREF-16. Quão satisfeito (a) você está com seu sono?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
BREF-24. Quão satisfeito (a) você está com seu acesso aos serviços de saúde?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5

BREF-25. Quão satisfeito (a) você está com seu meio de transporte?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5

A s questão seguinte refere-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

BREF-26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	nunca () 1	algumas vezes () 2	frequentemente () 3	muito frequentemente () 4	sempre () 5
---	-------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------------	--------------------

ANEXO E - Questionário WHOQOL – OLD



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA 2014
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



PESQUISA

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário n°: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hospital: () Domicílio: ()

WHOQOL – OLD

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Old-1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 4
Old-2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?	Nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-8. O quanto você tem medo de morrer?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
Old-9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Old-10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
Old-11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
Old-12. Até que ponto você está satisfeito	nada	muito	médio	muito	completamente

com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	(1	pouco (2	(3	(4	(5
Old-13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	nada (1	muito pouco (2	médio (3	muito (4	completamente (5
Old-14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	nada (1	muito pouco (2	médio (3	muito (4	completamente (5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Old-15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de Atividades da comunidade?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Old-21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-22. Até que ponto você sente amor em sua vida?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5
Old-24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	muito insatisfeito (1	insatisfeito (2	nem satisfeito nem insatisfeito (3	satisfeito (4	muito satisfeito (5

ANEXO F - Questionário WHOQOL – SRPB



PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA



2013

PESQUISA

ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA E HOSPITALAR: PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS SOBRE ESPIRITUALIDADE E QUALIDADE DE VIDA

Questionário nº: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___

Hospital: () Domicílio: ()

WHOQOL – SRPB

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

1. Conexão com o ser ou força espiritual

1. SRPB - 1.1. Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a passar por épocas difíceis?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
2. SRPB - 1.2. Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a tolerar o estresse?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
3. SRPB - 1.3. Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual ajuda você a compreender os outros?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
4. SRPB - 1.4. Até que ponto alguma conexão com um ser espiritual conforta/tranqüiliza você?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
2. Sentido na vida					
5. SRPB - 2.1. Até que ponto você encontra um sentido na vida?	Nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
6. SRPB - 2.2. Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para você?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5

7. SRPB - 2.3. Até que ponto você sente que sua vida tem uma finalidade?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
8. SRPB - 2.4. Até que ponto você sente que está aqui por um motivo?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
3. Admiração					
9. SRPB - 3.1. Até que ponto você consegue ter admiração pelas coisas a seu redor? (p. ex., natureza, arte, música)	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
10. SRPB - 3.2. Até que ponto você se sente espiritualmente tocado pela beleza?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
11. SRPB - 3.3. Até que ponto você tem sentimentos de inspiração/emoção em sua vida?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
12. SRPB - 3.4. Até que ponto você se sente agradecido por poder apreciar ("curtir") as coisas da natureza?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
4. Totalidade e integração					
13. SRPB - 4.1. Até que ponto você sente alguma ligação entre sua mente, seu corpo e sua alma?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
14. SRPB - 4.4. Quão satisfeito você está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?	muito insatisfeito () 1	insatisfeito () 2	nem satisfeito nem insatisfeito () 3	satisfeito () 4	muito satisfeito () 5
15. SRPB - 4.2. Até que ponto você sente que a maneira como vive está de acordo com o que você sente e pensa?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
16. SRPB - 4.3. O quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que você faz, pensa e sente?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
5. Força espiritual					
17. SRPB - 5.1. Até que ponto você sente força espiritual interior?	nada ()	muito pouco ()	mais ou menos ()	bastante ()	extremamente ()

	1	2	3	4	5
18. SRPB - 5.2. Até que ponto você encontra força espiritual em épocas difíceis?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
19. SRPB - 5.3. O quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
20. SRPB - 5.4. Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
6. Paz interior					
21. SRPB - 6.1. Até que ponto você se sente em paz dentro de você mesmo?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
22. SRPB - 6.2. Até que ponto você sente paz interior?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
23. SRPB - 6.3. O quanto você consegue se sentir em paz, quando necessário?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
24. SRPB - 6.4. Até que ponto você sente um senso de harmonia na sua vida?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
7. Esperança e Otimismo					
25. SRPB - 7.3. Quão esperançoso você se sente?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
26. SRPB - 7.4. Até que ponto você está esperançoso com sua vida?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
27. SRPB - 7.1. Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5
28. SRPB - 7.2. O quanto você é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5

8. Fé					
29. SRPB – 8.1. Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
30. SRPB – 8.2. Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
31. SRPB – 8.3. Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?	nada () 1	muito pouco () 2	mais ou menos () 3	bastante () 4	extremamente () 5
32. SRPB – 8.4. Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?	nada () 1	muito pouco () 2	médio () 3	muito () 4	completamente () 5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? Sim () Não ()

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____