

## Saúde e Qualidade de Vida do Idoso segundo o instrumento *Easy Care*\*

*Health and Quality of Life of the Elderly  
Second Easy Care Instrument*

*Salud y calidad de vida del anciano  
según el instrumento Easy Care*

Claudia Lysia de Oliveira Araújo  
Walbert Antonio Monção  
Camila de Melo Oliveira  
Rosana Tupinambá Viana Frazilli

**RESUMO:** O presente trabalho busca conhecer a qualidade de vida de idosos, em residência, identificando suas atividades de vida diárias e o grau de independência; idosos que são vinculados a Unidades de Estratégia Saúde da Família, em um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba, SP. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o *Easy Care*, questionário que avalia a qualidade de vida em idosos. A avaliação apontou independência e autonomia dos idosos participantes, e satisfação com o atendimento recebido pela ESF.

**Palavras-chave:** Idoso; Qualidade de Vida; Promoção à Saúde.

---

\* Versão anterior, preliminar, deste trabalho foi apresentada pelos autores no IV Simpósio de Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, II CONINTER, Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades, em Belo Horizonte, MG, evento ocorrido de 08 a 11 outubro, 2013.

**ABSTRACT:** *The present work seeks to know the quality of life of the elderly; within their residence, identifying their daily life activities and degree of independence; linked to Family Health Strategy Units, in a municipality in the Metropolitan Region of Vale do Paraíba, SP. The instrument of data collection used was Easy Care, a questionnaire that evaluates quality of life in the elderly. The evaluation pointed to independence and autonomy of the elderly, and satisfaction with the care received by the ESF.*

**Keywords:** *Elderly; Quality of life; Health Promotion.*

**RESUMEN:** *El presente trabajo busca conocer la calidad de vida de ancianos, en residencia, identificando sus actividades de vida diarias y el grado de independencia; los ancianos que están vinculados a Unidades de Estrategia Salud de la Familia, en un municipio de la Región Metropolitana del Valle del Paraíba, SP. El instrumento de recolección de datos utilizado fue Easy Care, cuestionario que evalúa calidad de vida en ancianos. La evaluación apuntó independencia y autonomía de los ancianos, y satisfacción con la atención recibida por la ESF.*

**Palabras clave:** *Ancianos; Calidad de vida; Promoción de la Salud.*

## **Introdução**

Atualmente compreende-se a relevância do aumento da longevidade e, a partir das estimativas de números crescentes do segmento idoso para as próximas décadas, torna-se fundamental para a sociedade pensar na qualidade de vida dessas pessoas (Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart, & Aquino, 2013).

O envelhecimento da população brasileira está relacionado a um fenômeno mundial: os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, o que significa dizer cerca de 2 bilhões de indivíduos (de um total de 9,2 bilhões de habitantes do planeta).

Segundo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), é considerado idoso a pessoa de um país em desenvolvimento com 60 ou mais anos, ou com 65 e mais anos a pessoa de um país desenvolvido.

Em 2050, a expectativa de vida será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 anos em 1998), nestes últimos países, enquanto nos países em desenvolvimento será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais. Fenômeno este que ocorre devido à redução nas taxas de fecundidade e mortalidade (Berquó, & Cavenagui, 2006).

A problemática do envelhecimento mundial se mostra como uma das preocupações da Organização das Nações Unidas; ao postular o documento *Transformando nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*, a ONU tem como objetivo 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Isso significa assegurar que todas as pessoas do mundo tenham a possibilidade de cumprir o seu potencial em dignidade e igualdade, com bem-estar, e em ambientes saudáveis, o que pode lhes conferir qualidade de vida (ONU, 2015).

Quanto à questão da Qualidade de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000) argumentam que:

“(...) é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Auquier, *et al.* (1997) dizem da qualidade de vida como um conceito equívoco como o de inteligência, ambos dotados de um senso comum variável de um indivíduo ao outro. (Martin, & Stockler, 1998) sugerem que qualidade de vida seja definida em termos da distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor).

A qualidade de vida deve ser avaliada pensando-se o contexto no qual um indivíduo está inserido. Para compreender a qualidade de vida de um idoso, é indispensável considerar vários critérios de natureza biológica, psicológica, socioestrutural e econômica.

Entende-se que tais características são essenciais para a constituição da qualidade de vida na velhice. E qualidade de vida diz aqui de uma vida produtiva, de viver a longevidade de forma saudável (Santos, SR, Santos, IBC, Fernandes, & Henriques, 2002).

As alterações provenientes do envelhecimento exigem que cuidados muito específicos sejam dedicados aos idosos, como a necessidade de apoio na execução de atividades básicas de vida diária (ABVD), para não dizer das instrumentais (AIVD) (Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010).

Pesquisadores destacam a relevância do cuidado que supera uma assistência meramente técnica, pois o carinho e convívio familiar ajudam a superar muitos obstáculos. Pensar a velhice é um ato complexo que requer olhar amplo que contemple a subjetividade do envelhecimento (Pinto, & Róseo, 2014).

Compreender o processo de subjetivação, ou seja, de construção de si na contemporaneidade é um exercício de análise que pode ser realizado via múltiplos caminhos e possibilidades, seja por meio dos estudos das relações humanas, da organização familiar, dos afetos, das sexualidades, ou ainda, por meio das errâncias e fluxos ou paragens e fixações dos homens no seu processo de envelhecimento (Correa, & Hashimoto, 2012).

Segundo Schneider e Irigary (2008) é de suma importância compreender que a velhice acontece como uma experiência individual e pode ser experimentada de forma positiva ou negativa, em consenso com o estilo de vida e história de uma pessoa e da forma como esta compreende o processo de envelhecer. Esta vivência é, sem dúvida, influenciada pela cultura que caracteriza a sociedade da qual faz parte. Portanto, tão importante quanto a idade de uma pessoa, é como ela viveu no decorrer de sua vida.

Vários autores definem o envelhecer como algo que acontece ao longo da existência humana, originária de inúmeras ações decorrentes dos embates sociais, econômicos e culturais, ou seja, de tudo aquilo que constitui o “viver” cotidiano (Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart, & Aquino, 2013).

Machado (2009) refere-se a algumas perdas na velhice, de acordo com os hábitos vivenciados por um indivíduo no decorrer da vida. Com a idade, podem aparecer doenças crônicas, demandando os cuidados necessários, menores ou maiores.

Assim, é indispensável pensar em um cuidado humanizado ao idoso, ressaltando-se a importância da sua permanência no meio familiar, tendo como pressuposto a promoção da saúde e qualidade de vida dessa pessoa (Machado, 2009).

Compreende-se a importância da assistência em todas as fases da vida; na velhice esse cuidado requer atenção especial, seja familiar e ou profissional. Cabe à família identificar os auxílios que um idoso demanda, considerando-se seu bem-estar, para além da fundamental ajuda técnica (Machado, 2009). O idoso precisa se sentir acolhido e motivado também para manter o autocuidado. Acredita-se que o idoso que permanece em sua residência, recebendo os cuidados necessários pode responder melhor aos tratamentos das doenças (Borges, & Telles, 2010).

É importante, porém, que o idoso esteja integrado à rede de atenção à saúde (RAS) como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, em alguns lugares, as Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), no intuito de alcançar a adequada qualidade nesta fase da vida (Berzins, & Paschoal, 2009, como citados em Ferreira, Bansi, & Paschoal, 2014).

Ainda sobre a RAS, o idoso tem direito à assistência domiciliar (AD), recebendo atendimentos mais específicos e multiprofissionais (Floriani, & Schramm, 2008).

Para Borges e Telles (2010), o idoso, muitas vezes fragilizado, depara-se com dificuldades para acessar o atendimento nos serviços de saúde; daí a importância da assistência domiciliar, a que o presente estudo reivindica.

A partir do exposto, o presente trabalho tem, como questão norteadora, a qualidade de vida do idoso, e como o serviço de saúde pública pode corroborar para a qualidade de vida e bem-estar do idoso em sua residência.

## **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório, de campo, realizado em uma ESF, de um município da Região Metropolitana do Vale do Paraíba (RMVP), estado de São Paulo, Brasil.

Participaram do estudo, idosos do sexo masculino e feminino, vinculados às referidas Unidades de Estratégia Saúde da Família. A pesquisa seguiu as normas éticas exigidas pela Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido autorizada sob o número do parecer 2.059.587.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário, identificando os dados sociodemográficos e o atendimento ao idoso pelas ESFs e, também, o *Easy Care*, um questionário utilizado para mensurar a qualidade de vida do idoso. Esse instrumento foi criado na Europa, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde e, ao ser aplicado pode apontar o perfil das necessidades apresentadas por idosos. Dessa forma, é possível preparar as equipes de atendimentos para atuar de forma o mais eficiente possível, atendendo especificamente as reais necessidades dos idosos. Este instrumento é dividido em cinco temas, acrescidos da Escala Geriátrica de Depressão e do Teste de Diminuição Cognitiva.

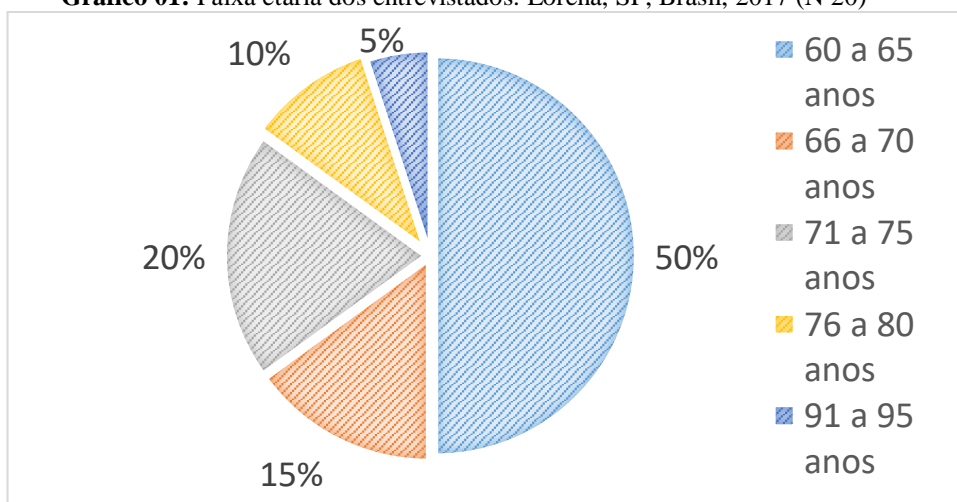
Cabe ressaltar que o *EASy Care* pode ser utilizado para pensar e repensar políticas públicas voltadas para as pessoas idosas.

Os resultados foram inseridos em uma planilha Excel e estão representados em forma de tabelas e gráficos. Testes estatísticos foram aplicados sob a orientação de um estatístico e comparados com outros estudos sobre o mesmo tema para, assim, colaborar com uma melhor compreensão da realidade dos idosos participantes da pesquisa.

## Resultados

Foram entrevistados 20 idosos, sendo 2 idosos na ESF e 18, em sua própria residência. Dos 20 idosos, 13 (65%) são mulheres; e 07 (35%), homens. As idades são apresentadas no Gráfico 01 a seguir.

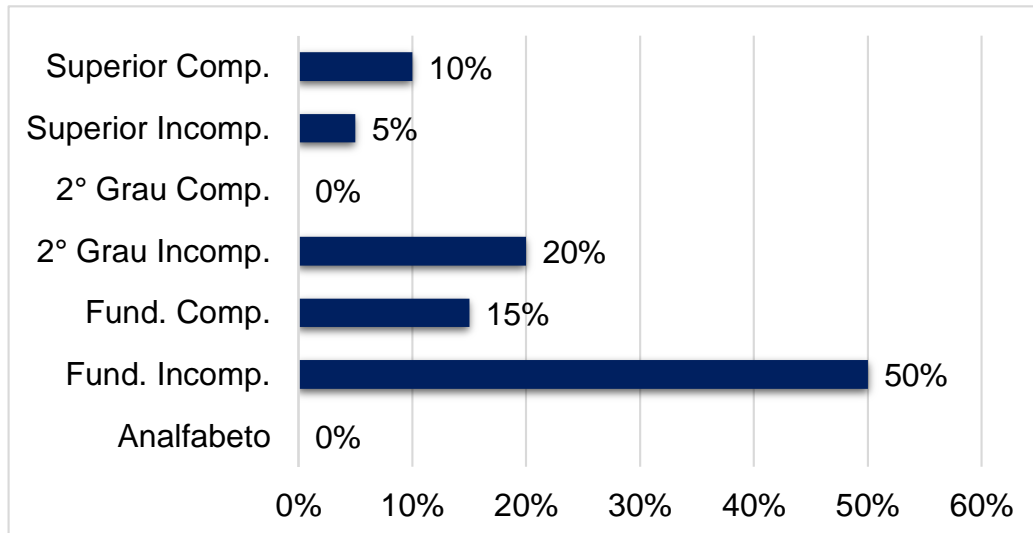
**Gráfico 01:** Faixa etária dos entrevistados. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N 20)



Fonte: Dados do estudo

O nível de escolaridade dos idosos é observado no Gráfico 02, a seguir:

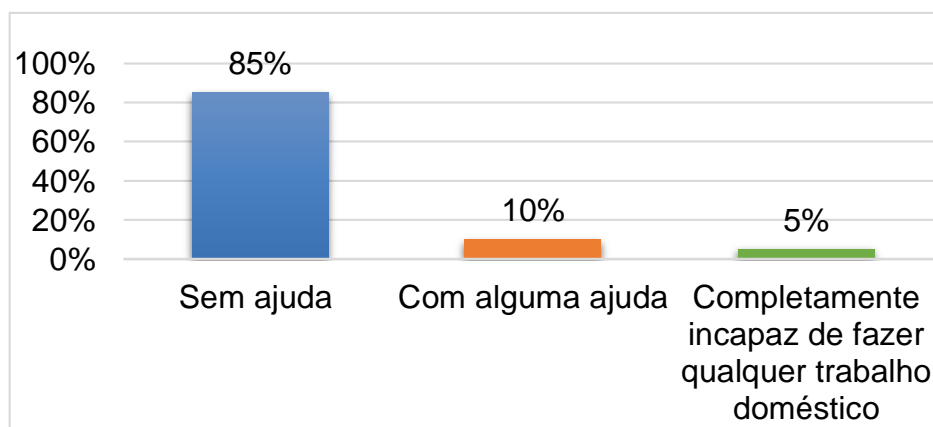
**Gráfico 02:** Nível de escolaridade dos idosos entrevistados. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Para apresentar e provar a autonomia dos idosos entrevistados nesta pesquisa seguem abaixo, registrados nos Gráficos de 03 a 09, os dados obtidos através dos instrumentos utilizados.

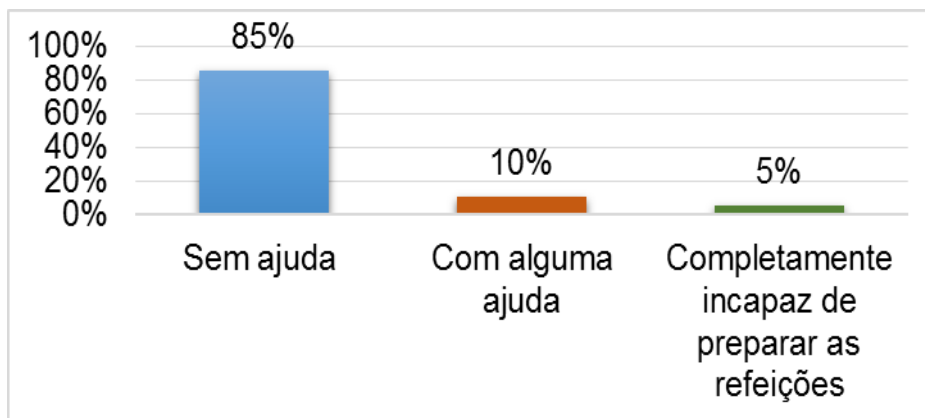
**Gráfico 03:** Realização do trabalho doméstico. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Dos 30 idosos, 17 (85%) não precisam de ajuda para realizar seus trabalhos domésticos; mas 02 (10%) responderam receber ajuda na realização de tarefas de casa; e 01 (5%) assinalou que tem auxílio de membros da família.

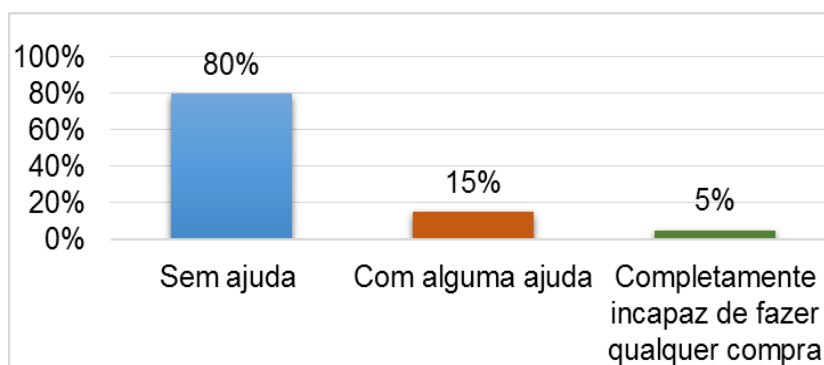
**Gráfico 04:** Preparo das suas próprias refeições. Lorena, SP, Brasil, 2017. (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Nessa dimensão, 17 (85%) dos participantes não precisam de ajuda para preparar suas refeições; 02 (10%) recebem ajuda; e 01 (5%) recebe ajuda para o preparo.

**Gráfico 05:** Realização das compras. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)

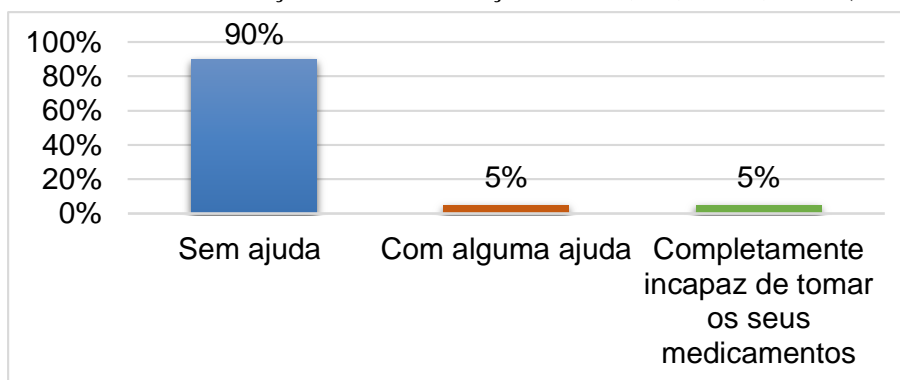


Fonte: Dados do estudo



Sobre se tem condições de efetuar as compras, 16 idosos (80%) não precisam de ajuda para realizar compras; 03 (15%) são os membros da família que os ajudam a fazer as compras; e em apenas 01 (5%) idoso é o cônjuge quem realiza essa tarefa.

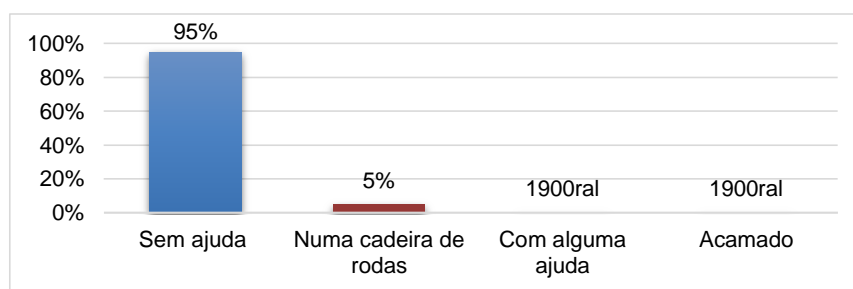
**Gráfico 06:** Execução da automedicação. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Dos participantes, 18 (90%) tomam seus medicamentos sem a necessidade de ajuda; 1 (5%): são os membros da família que o ajudam a se lembrar do medicamento, ou o preparam; e 1(5%) precisa de auxílio, por ser incapaz.

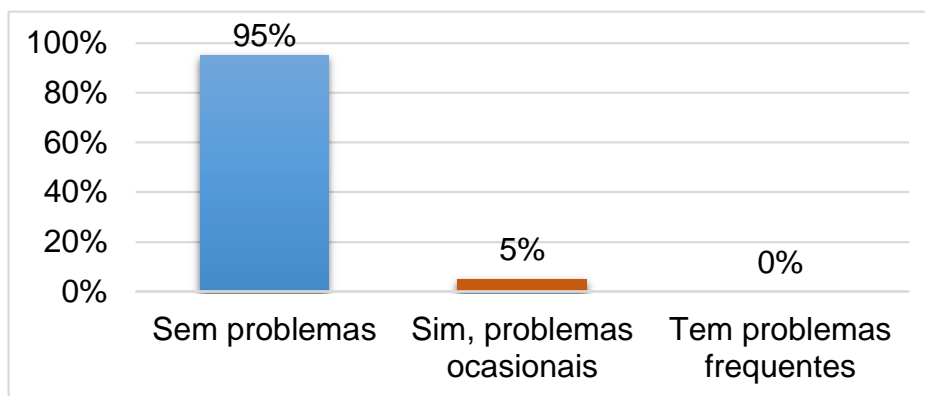
**Gráfico 07:** Movimentação no domicílio. Lorena, SP, Brasil, 2017. (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Em relação à movimentação dentro da própria residência, 19 (95%) não precisa da ajuda; e apenas 01 (5%) colocou que é o membro familiar quem o ajuda para movimentar-se dentro de casa, pois se vale de cadeira de roda.

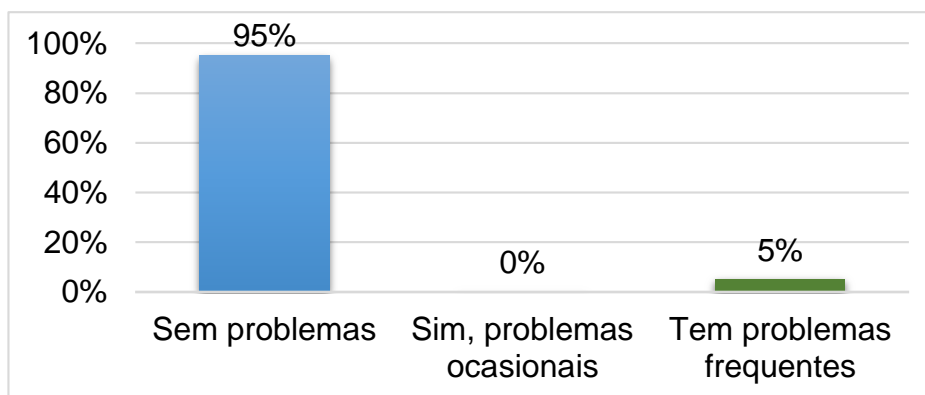
**Gráfico 08:** Desenvolvimento da micção. Lorena, SP, Brasil, 2017. (N. 20)



Fonte: Dados do estudo

Dos idosos entrevistados, 19 (95%) não tem ajuda para realizar a micção; e somente uma pessoa (5%) tem auxílio de um membro da família para realizar a micção.

**Gráfico 09:** Desenvolvimento da evacuação. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)

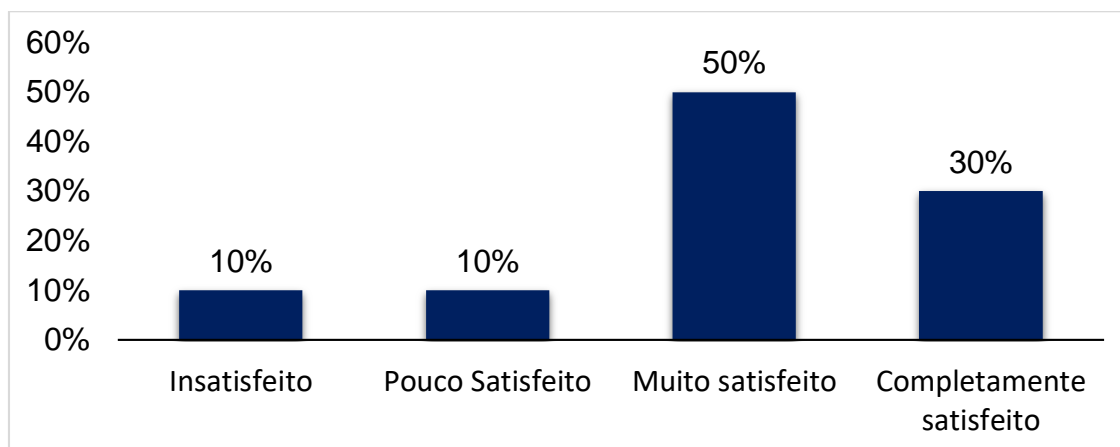


Fonte: Dados do estudo

Na pesquisa, 19 (95%) não tem problema com controle esfinteriano; e 1 (5%) idoso tem assistência na realização da evacuação.

Todos os entrevistados (100%) relatam ter recebido visita domiciliar dos profissionais de saúde da ESF à qual estão vinculados. O nível de satisfação quanto ao atendimento nas referidas visitas é apresentado no Gráfico 09.

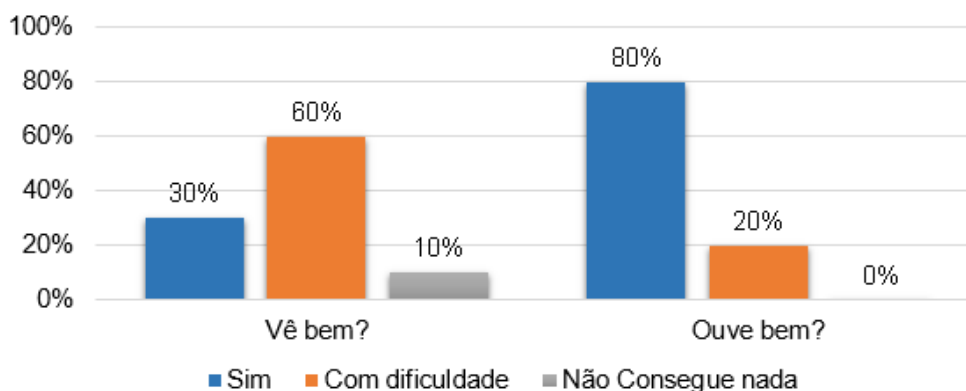
**Gráfico 10:** Satisfação com a atuação da equipe da ESF nas visitas domiciliares. Lorena, SP, Brasil, 2017(N. 20)



Fonte: Dados do estudo

A seguir, no Gráfico 11, apontamos duas das dificuldades mais comuns em idosos: a dificuldade de enxergar e ouvir.

**Gráfico 11:** Qualidade da visão e audição dos idosos. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)

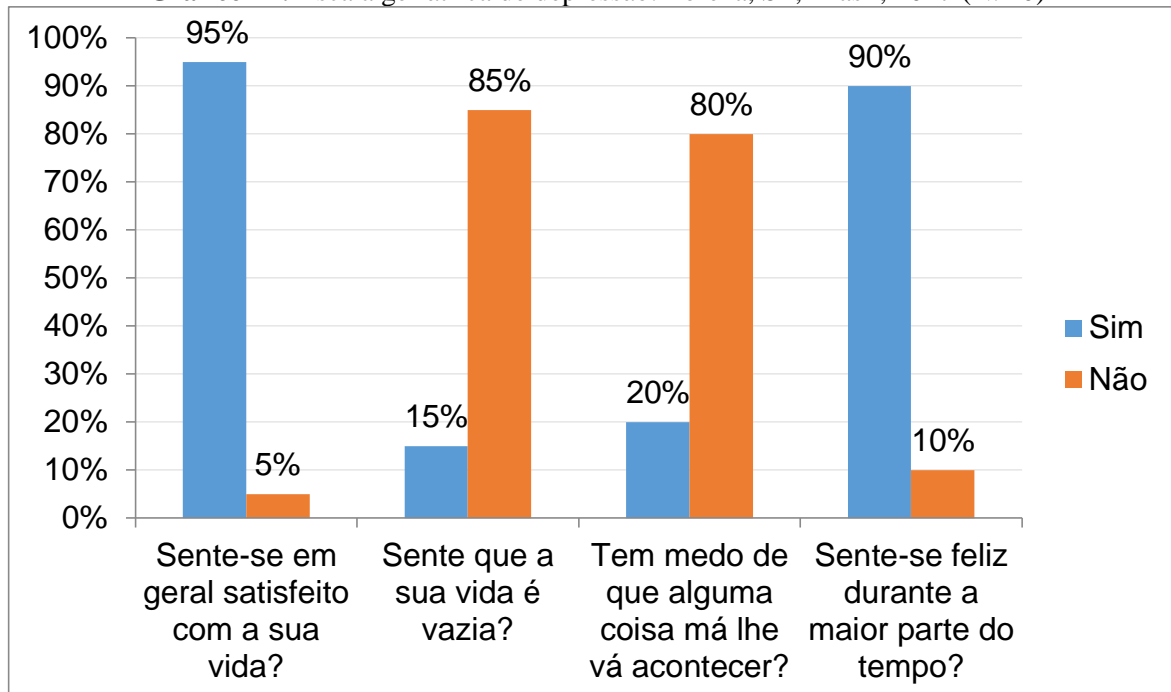


Fonte: Dados do estudo

Com os dados obtidos, é possível salientar que a maioria (60%) dos idosos entrevistados têm dificuldade em enxergar.

Para avaliar a possível presença de depressão, foi aplicada a Escala geriátrica de depressão, demonstrada no Gráfico 12, a seguir:

**Gráfico 12:** Escala geriátrica de depressão. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 20)

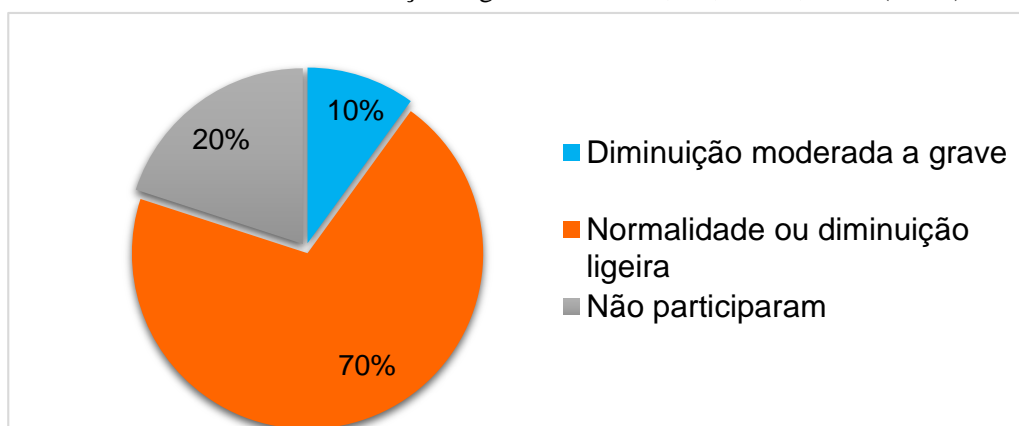


Fonte: Dados do estudo

Ao aplicar esta parte do instrumento, os pesquisadores perceberam um pouco de desconforto por parte dos idosos, para responder a esta questão devido à presença de parentes.

Ao aplicarmos o teste de diminuição cognitiva, 04 (20%) idosos se recusaram a responder. As respostas dos outros 18 (80%) seguem abaixo:

**Gráfico 13:** Teste de diminuição cognitiva. Lorena, SP, Brasil, 2017 (N. 18)



Fonte: Dados do estudo

## Discussão

A pesquisa evidenciou que a maior parte do sexo feminino demonstra que, de fato, as mulheres cuidam mais da saúde e, dessa forma, procuram mais pela assistência nas unidades de saúde, como as ESFs. Para Silva, Carvalho, Lima e Rodrigues (2011), um dos motivos de os homens terem menos cuidado com sua saúde é por razões culturais, o que acarreta indicadores de maior sobrevivência das mulheres.

Nesta pesquisa, optou-se por entrevistar indivíduos com no mínimo 60 anos, ou seja, aquela identificada como pessoa idosa, conforme classificação definida pela OMS (2015). Cabe ressaltar que algumas instituições reconhecem como pessoa idosa aquela apenas a partir dos 65 anos, podendo, então, esta usufruir de direitos direcionados para os de mais idade.

Algumas dificuldades começam a surgir em decorrência do envelhecimento, como problemas de saúde, com precariedade no acesso à assistência e condições familiares inadequadas, trazendo, muitas vezes, perdas para o idoso (Machado, 2009).

Com referência à escolaridade, identificamos que a maior parte dos idosos têm apenas o ensino fundamental incompleto; sendo que 04 (20%) tinham o 2º grau completo (ensino médio). Ao compararmos este dado com o identificado na pesquisa de Silva, Carvalho, Lima e Rodrigues (2011), vimos que a maioria dos participantes também não completou o ensino fundamental, tendo estudado apenas de 4 a 7 anos.

Destaca-se que todos os idosos da pesquisa recebem visita domiciliária da equipe da ESF, sendo que a maioria desses idosos se consideram satisfeitos com o atendimento recebido. Segundo Nobre (2013), em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, 86% dos idosos se mostraram satisfeitos com o atendimento oferecidos pela ESF, dados estes que ratificam a satisfação apontada nesta pesquisa.

Nos casos dos idosos participantes da pesquisa, estes relatam, em sua maioria, cumprir as atividades diárias sem a ajuda de outras pessoas. Em outro estudo (Silva, Carvalho, Lima, & Rodrigues, 2011), foram identificados dados diferentes, atestando que 80% dos idosos recebiam acompanhamento para execução de atividades diárias, o que se justifica provavelmente pela idade mais avançada ou situação de dependência destes entrevistados.

No que tange à visão e audição, a maioria dos idosos relatam enxergar com dificuldades, mas a maioria ouve sem tantos problemas.

A maior parte dos idosos que participaram da presente pesquisa relatam alto nível de independência nas atividades diárias. Grande número realiza trabalho doméstico, prepara as próprias refeições e consegue ir às compras sem ajuda.

Para Machado (2009), idosos que continuam morando em suas casas e contam com o apoio de algum familiar, têm preservada a sua autonomia e se reestabelecem de forma mais breve diante de problemas de saúde. Segundo a OMS (2015), o envelhecimento pode ser entendido como uma fase positiva da vida, mas, para tanto, é indispensável políticas públicas e sociais que promovam essa possibilidade, oferecendo o suporte necessário aos idosos, às famílias, aos cuidadores. Os idosos que participaram da pesquisa apresentam números positivos no que se refere à autonomia e independência, características que podem favorecer sua qualidade de vida.

Identificou-se no que se refere a movimentar-se em casa, que a maioria dos entrevistados consegue realizar esta atividade sem ajuda, sendo que apenas um dos participantes, cadeirante, necessita de auxílio diferenciado.

Em relação ao controle de diurese, a maioria não apresenta nenhum problema. O mesmo acontece em relação ao controle esfinteriano. Como citado anteriormente, um dos idosos entrevistados é cadeirante e pode estar mais suscetível a algumas dificuldades. Mesmo com números positivos que apontam autonomia e boas condições de saúde, é necessário que as políticas públicas sejam voltadas para este público específico, trabalhando em prol de cuidados preventivos que possam minimizar possíveis problemas e dificuldades (Machado, 2009).

Utilizou-se a escala geriátrica de depressão com quatro itens, para identificar possíveis casos de depressão nos idosos atendidos pela ESF; de forma geral, a maioria dos idosos apresentaram resultados positivos. Destaca-se que 95% dos idosos sentem-se, em geral satisfeitos com sua vida; apenas 5% deles referem não estar satisfeitos. É preciso, assim, considerar o bem-estar emocional do idoso, para promover a qualidade de vida na velhice.

O teste de diminuição cognitiva mostrou que 10% indica diminuição, de moderada a grave; 70% apresentou normalidade ou diminuição ligeira; e 20% não respondeu à questão.

Para que as possíveis perdas cognitivas na velhice sejam diminuídas, é necessário se pensar no estilo de vida, pois muitas das dificuldades enfrentadas nesta fase da vida são decorrentes de hábitos prejudiciais à saúde de toda uma vida (Machado, 2009). Dessa forma, compreendemos a importância de atendimentos que proporcionem, aos idosos, motivações para que realizem atividades que promovam a saúde física, emocional e especialmente cognitiva.

## Conclusão

É preciso entender que algumas questões culturais precisam ser repensadas pela sociedade, como o dado da pesquisa sobre um número maior de mulheres idosas recebendo atendimentos pela equipe da ESF, o que pode apontar que os homens ainda não cuidam de sua saúde.

Percebe-se que os idosos, participantes da pesquisa e atendidos pela ESF, apresentam resultados positivos, pontuando questões importantes para a qualidade de vida, assinalando, em sua maioria, independência e autonomia. Alguns apresentam algumas dificuldades, as quais são esperadas no envelhecimento, porém cabe ressaltar que os cuidados durante toda a vida irão se refletir nesta fase da vida.

Mesmo com o número relevante de satisfação com o atendimento da ESF, é necessário refletir que ainda há muito trabalho a ser feito ao se pensar em um envelhecer saudável.

## Referências

- Auquier, P., Simeoni, M. C. & Mendizabal, H. (1997). Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*, 33, 77-86.
- Berquó, E., & Cavenagui, S. (2006). Fecundidade em declínio, breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. São Paulo (SP): *Revista Novos Estudos, Cebrap*. 74, 11-15. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002006000100001>.
- Brasil. (2003). Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf).

- Borges, M. M. C., & Telles, J. L. (2010). O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(3), 349-360. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n3/a02v13n3.pdf>.
- Correa, M. R., & Hashimoto, F. (2012). Finitude, envelhecimento e subjetividade. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Temática Kairós-Gerontologia*, 15(4), "Finitude/Morte & Velhice", 85-99. Print ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17038/12644>.
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. de C. de. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo. Campinas, SP: *Estudos de Psicologia*, 30(3), 393-403. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009>.
- Ferreira, F. P. C., Bansi, L. O., & Paschoal, S. M. P. (2014). Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 17(4), 911-926. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>.
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Rio de Janeiro, RJ: *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Suppl 2), 2123-2132. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900017>.
- Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L., & Silva, M. M. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência Saúde Coletiva*, 15(6), 2941-2948. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600032>.
- Lindolpho, M. da C., Sá, S. P. C., Valente, G. S. C., Pereira, E. da S., Delatorre, P. G., & Cruz, T. J. P. da. (2014). Perfil dos idosos consultados pela enfermagem num programa extensionista. Recife, PE: *Rev. Enferm. UFPE*, 8(8), 2694-2701. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: DOI: 10.5205/1981-8963-v8i8a9973p2694-2701-2014.
- Machado, B. S. (2009). *O cuidar do idoso no contexto familiar*. Monografia em bacharelado do Serviço Social. Centro Socioeconômico Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC. (92f.).
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality of life *assessment* in health care research and practice. *Evaluation & Health Professions*, 21(2), 141-156. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <https://doi.org/10.1177/016327879802100202>.
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18. Recuperado em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.
- Nobre, A. M. D. (2013). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos idosos em Campina Grande, Paraíba*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual da Paraíba.
- OMS. (2015). Organização Mundial da Saúde. *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <https://sbagg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.



Pinto, L. C. L., & Róseo, F. F. C. (2014). Envelhecer com Saúde: o desafio do cuidar humanizado. Aracati, CE: *Revista Interfaces da Saúde*, 1(1), 20-28. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <https://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/11/Interfaces2.pdf>.

Santos, S. R. dos, Santos, I. B. da C., Fernandes, M. das G. M., & Henriques, M. E. R.M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. Ribeirão Preto (SP): *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10(6), 757-764. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>.

Silva, H. O., Carvalho, M. J. A. D. de, Lima, F. E. L. de, & Rodrigues, L. V. (2011). Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14(1), 123-133. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100013>.

Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Campinas, SP: *Estud. de Psicol*, 25(4), 585-593. Recuperado em 01 dezembro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>.

Recebido em 30/10/2017

Aceito em 30/12/2017

---

**Claudia Lysia de Oliveira Araújo** - Enfermeira, Professora Titular Doutora, Centro Universitário Teresa D'Ávila, atuante na docência.

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

**Walbert Antonio Monção** - Graduando em Enfermagem, Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA. Lorena, SP, Brasil.

E-mail: [walbertmono@yahoo.com.br](mailto:walbertmono@yahoo.com.br)

**Camila de Melo Oliveira** - Graduando em Enfermagem, Centro Universitário Teresa D'Ávila, UNIFATEA. Lorena, SP, Brasil.

E-mail: [camila06103@gmail.com](mailto:camila06103@gmail.com)

**Rosana Tupinambá Viana Frazilli** - Enfermeira, Professora Titular Mestre, Centro Universitário Teresa D' Ávila, UNIFATEA. Lorena, SP, Brasil.

E-mail: mrfrazili@uol.com.br