



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO
COMUNITÁRIO – PPGDC
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARCIANE CONTI ZORNITA

Qualidade de Vida e Fatores Associados em Idosas Participantes de Grupos da Terceira Idade da Unicentro-Pr, 2019.

IRATI – PR
2019

MARCIANE CONTI ZORNITA

Qualidade de Vida e Fatores Associados em Idosas Participantes de Grupos da Terceira Idade da Unicentro-Pr, 2019.

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, como requisito parcial para a defesa no curso de Mestrado em Desenvolvimento Comunitário. Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Orientador: Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki

IRATI – PR

2019

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da UNICENTRO

M521c Bortolanza, Marciane Conti Zornita
Qualidade de vida e fatores associados em mulheres participantes da
Universidade Aberta à Terceira Idade / Marciane Conti Zornita Bortolanza. –
– Irati, 2020.
x, 65 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário, linha de
pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos
humanitários, 2020.

Orientador: Claudio Shigueki Suzuki
Banca examinadora: Plinio Marco de Toni, Luiz Alfredo Braun Ferreira
Bibliografia

1. Desenvolvimento comunitário. 2. UATIs. 3. Envelhecimento
Populacional. 4. Qualidade de Vida. 5. Mulheres. 6. VO2. I. Título. II.
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

| CDD 610



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997


PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIANE CONTI ZORNITA BORTOLANZA

“QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES PARTICIPANTES DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE”


Dissertação aprovada em 05/02/2020 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:



Dr. Claudio Shigueki Suzuki (UNICENTRO) – **Orientador**



Dr. Plinio Marco de Toni (UNICENTRO)



Dr. Luiz Alfredo Braun Ferreira (GUAIRACÁ)

Irati, 05 de fevereiro de 2020

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pelo dom da vida, pelos dias a mim concedidos. Em cada conquista há uma grande porção de fé.

Aos meus pais, que muitas vezes se doaram e renunciaram seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Ao meu querido esposo, pelo companheirismo e apoio incondicional em todas as horas para que eu pudesse me realizar na carreira profissional.

A meu irmão, pelo carinho por sempre torcer por minhas conquistas. Gratidão!

Quero dizer que esta conquista não é minha, é nossa! Tudo o que consegui só possível graças ao amor, apoio, dedicação que vocês tiveram por mim. Sempre me ensinaram a agir com respeito, humildade e honestidade. Agradeço imensamente pela paciência e compreensão pela minha ausência durante esta jornada.

É graças à união de todos que os obstáculos foram ultrapassados, vitórias alcançadas e alegrias divididas.

Agradeço ao professor Suzuki, pela oportunidade de tê-lo como orientador tenho orgulho de citá-lo como um dos responsáveis por minha formação acadêmica. Grata pela oportunidade, compreensão, amizade, conselhos e paciência. Obrigada por desafiar meus medos e por acreditar no meu potencial quando eu mesma me sentia incapaz.

“Professores brilhantes ensinam para uma profissão. Professores fascinantes ensinam para a vida” (Augusto Cury).

Aos amigos que o mestrado me proporcionou conhecer, por terem tornado o dia a dia da pós-graduação tão prazeroso, onde nos unimos por um mesmo propósito, colaborar para o desenvolvimento da comunidade e manter viva a academia. Foi enriquecedor conhecer e conviver com vocês. Todos São exemplos de simplicidade, bondade e caráter. A Syndel, por dividir comigo a aventura de coleta de dados, por ser minha amiga e termos objetivos em comum. Sempre será um prazer dividir momentos com você.

As mulheres da UNATI e UATI, pelo acolhimento, pelo entusiasmo e disponibilidade em participar desta pesquisa, pela demonstração de carinho e por compartilhar suas histórias de vida, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIACOES E SIGLAS

AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification
BIA	Bioimpedância Elétrica
CATI	Centro de Atividade Física para Idosos
COMEP	Comitê de tica em Pesquisa
EGWSOP	Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Idosos
FM	Força Muscular
GC	Gordura Corporal
IA	Insuficientemente Ativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	ndice de Massa Corporal
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
ME	Músculo Esquelético
MM	Massa Muscular
POF	Pesquisa de Orçamentos familiares
QV	Qualidade de Vida
SA	Suficientemente Ativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UATI	Universidade Aberta  Terceira Idade
UNATI	Universidade Aberta  Terceira Idade
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro Oeste
VM	Velocidade da Marcha
WHOQOL- BREF	Instrumento para avaliar a Qualidade de Vida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	16
Figura 2. Disposição inicial, critérios de exclusão e amostra final da população do estudo UNATI e UATI, UNICENTRO, 2018.....	19
Figura 3. Algoritmo para definição de Sarcopenia proposto por EWGSOP.....	22
Figura 4. Resultado das facetas que compõem os domínios do WHOQOL – Bref UNATI, 2018.	33
Figura 5. Resultado dos Domínios analisados pelo WHOQOL-bref, 2018, UATI.....	34
Figura 6. Resultado das facetas que compõem os domínios WHOQOL – Bref UATI, 2018.....	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos: Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.28
- Tabela 2.** Características relacionadas à saúde da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos. Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.29
- Tabela 3.** Características comportamentais da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos. Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.31
- Tabela 4.** Razões dos coeficientes Bruto e Ajustado com intervalo de confiança (95%), segundo os domínios do WHOQOL – Bref. Modelo final – UNATI, UNICENTRO,2018.37
- Tabela 5.** Razões dos coeficientes Bruto e Ajustado com intervalo de confiança (95%), segundo os domínios do WHOQOL – Bref. Modelo final – UATI, UNICENTRO, 2018.**Erro! Indicador**

RESUMO

O envelhecimento populacional ruma a passos largos. A evolução das ciências médicas, as melhores condições de acesso à saúde e ressocialização do idoso tem mudado o cenário mundial. Tais fatores repercutiram em mudanças no sistema afim de desenvolver ações para melhorar as possibilidades do envelhecimento saudável e ativo. Objetivo: Analisar os indicadores de Qualidade de Vida em mulheres idosas que participam de dois grupos de terceira idade vinculados à Unicentro, segundo as características sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde. Métodos: Estudo transversal e quantitativo. Desenvolvido com dois grupos de idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI/UNATI) da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO). Ao total participaram do estudo 70 idosas, com 60 anos de idade ou mais. Realizou-se estatística descritiva das variáveis e, para identificar os fatores associados a Qualidade de Vida foram construídos os modelos de Regressão Linear, em modelos uni e multivariados, que foram estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. As variáveis para as quais obtiveram valores $p < 0,25$ (Teste de Wald) foram candidatas aos modelos multivariados. Nos modelos multivariados finais, permaneceram as variáveis que apresentarem valores $p < 0,05$. Os grupos foram compostos predominantemente por mulheres nas primeiras faixas etárias (59 a 79 anos) que viviam sem companheiro (62,96% UATI e 67,44% UNATI), e que se enquadrava em diferentes tercís de renda e escolaridade, sendo que no grupo Guarapuava predominaram mulheres com altos índices de renda e escolaridade. Resultado: As idosas participantes do grupo UNATI demonstraram maior satisfação relacionada à qualidade de vida relacionada ao domínio relações sociais (88,18%) e maior insatisfação com o domínio psicológico (84,40%). As uatianas demonstraram maior satisfação com o domínio meio ambiente (87,04%) e menor satisfação com o domínio físico (82,28%). Quanto a auto avaliação da Qualidade de Vida (87,21%) das mulheres do grupo UNATI estão satisfeitas, enquanto do grupo UATI (78,70%) relatam satisfação com sua Qualidade de Vida. Dentre as variáveis em destaque que permaneceram associadas ao desfecho final a qualidade de vida pode-se citar saúde autorreferida, estado marital e sarcopenia. Considerações finais: Os principais fatores que influenciaram negativamente a Q.V relatado no grupo Unati está a pouca facilidade de aprender e memorizar coisas novas, bem como dificuldade de concentração, enquanto a queixa do grupo UATI relatam algum tipo de dor ou desconforto.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional, Qualidade de Vida, Mulheres, UATIs.

ABSTRACT

Population aging is making great strides. The evolution of medical sciences, better conditions of access to health and resocialization of the elderly has changed the world scenario. Such factors reflected in changes in the system in order to develop actions to improve the possibilities of healthy an active aging. Objective: Analyzing the Quality of Life indicators in elderly women who participate in two senior groups linked to Unicentro University, according to sociodemographic, behavioral and health-related characteristics. Methods: Cross-sectional and quantitative study. Developed with two groups of elderly people participating in the Open University for the Elderly (UATI/UNATI) at the Universidade Estadual do Cantro Oeste (UNICENTRO). In total of 70 elderly woman participated in the study, age 60 years or older. Descriptive statistics of the variables were performed and, to identify the factors associated with Quality of Life, the Linear Regression models were constructed, in univariate and multivariate models, which were estimated by points and intervals with 95% confidence. Variables for which $p < 0.25$ (Wald test) were candidates to the multivariate models. In the final multivariate models, the variables with p values < 0.05 remained. The group were predominantly composed of women in the first age groups (59 to 79 years old) who were living without a partner (62.96% UATI and 67.44% UNATI), and who fit different income and education tertiles, whereas in the Guarapuava group, women with high levels of income and education were predominant. Results: The elderly participants in the UNATI group demonstrated greater contentment related to the quality of life relating to the social relations domain (88.18%) and greater discontentment with the psychological domain (84.40%). The Uatianas demonstrated higher contentment with the environmental domain (87.04%) and lower contentment with the physical domain (82.28%). Regarding to Self-rate quality of life (87.21%) of women in the UNATI group were pleased, while in the UATI group (78.70%) reported contentment with their quality of life. Among the highlighted variables that remained associated with the final outcome, quality of life can be mentioned self-reported health, marital status and sarcopenia. Conclusion: The main factors that negatively influenced the Quality of Life reported in the UNATI group are the poor ease of learning and memorizing new things, as well as difficulty concentrating, while the complaint of the UATI group reports some kind of pain or discomfort.

Keywords: Population Aging, Quality of Life, Women, UATIs.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	10
1.2 CONTEXTUALIZANDO A FEMINIZAÇÃO NA VELHICE	11
1.3 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA.....	13
1.4 QUALIDADE DE VIDA	13
1.5 AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA.....	15
2. OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
3.1 DELINEAMENTO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	18
3.2 PARTICIPANTES	18
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	18
3.4 PROCEDIMENTOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO	19
3.4.1 <i>Variáveis Sociodemográficas</i>	19
3.4.2 <i>Variáveis Relacionadas à Saúde</i>	20
3.4.3 <i>Variáveis Comportamentais</i>	23
3.4.4 <i>Variável qualidade de Vida</i>	24
3.4.5 <i>Procedimentos</i>	24
3.5 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS	25
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	26
4. RESULTADOS	27
4.1 FASE DESCRITIVA	27
4.1.1 <i>Variáveis Sociodemográficas</i>	27
4.1.2 <i>Variáveis Relacionadas à Saúde</i>	29
4.1.3 <i>Variáveis Comportamentais</i>	30
4.1.4 Indicadores de Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF)	32
4.2 FASE ANALÍTICA	36
4.2.1 <i>Fatores Associados à Qualidade de Vida</i>	36
5. DISCUSSÃO	40
5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, RELACIONADAS À SAÚDE E COMPORTAMENTAIS	40
5.2 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – BREF)	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7. REFERENCIAS.....	47
ANEXO I.....	51
ANEXO II	53
ANEXO III	57
ANEXO IV	58
ANEXO V	60
ANEXO VI.....	62

1. INTRODUÇÃO

1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O século XX foi marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive o Brasil. Resultados de conquistas sociais e políticas e da incorporação de novas tecnologias, o envelhecimento populacional ocupará posição de grande destaque (CHAIMOVICZ, 1997).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem se manifestado de forma rápida e distinta em diversos países. Este fenômeno desperta grandes desafios para as políticas de saúde públicas e privadas, no sentido de assegurar a continuidade ao processo de desenvolvimento econômico (ARAÚJO et al, 2017). “O envelhecimento populacional tem despertado interesse crescente no que se refere às questões ligadas ao bem-estar e à qualidade de vida” (LE PHAM; VO, 2015).

A partir da perspectiva do aumento da população, decorrente à avanços da medicina e da tecnologia, do processo de urbanização e a globalização da economia, houve uma contextualização de maior gasto para a sociedade, o que repercutiu em mudanças no sistema desenvolvendo intervenções para melhorar as possibilidades do envelhecimento saudável, ativo e produtivo elencados à duas teorias sociológicas sobre envelhecimento: A teoria da Atividade e a do Afastamento. (Neri, 2001).

Teoria da Atividade segundo a conceituação de Havighurst:

Construto de tarefas evolutivas como desafios normativos associados à idade cronológica e produzidos conjuntamente por maturação biológica, pressão cultural da sociedade e desejos, aspirações e valores da personalidade. Compreendem habilidades, conhecimentos, funções e atitudes que o indivíduo deve adquirir em dado momento de sua vida, sob a ação da maturação física, das perspectivas sociais e dos esforços pessoais. Organizam-se em torno de sete polos: crescimento físico, desempenho intelectual, ajustamento emocional, relacionamento social, atitudes diante do eu, atitudes diante da realidade e formação de padrões e valores. (HAVIGHURST, 1951)

Ao apontar a tendência à interiorização e ao afastamento como típica da meia idade e da velhice, Bühler e Jung

Caracterizam este processo com intrínsecos e capazes de gerar crescimento. A teoria do afastamento viu a tendência ao afastamento ou desengajamento como produto da socialização e, sem entrar no mérito do crescimento do idoso, considerou-a como requisito funcional da estabilidade social. (BÜHLER, 1935; JUNG, 1971).

Os autores Cummings e Henry (1961) remetem que afastamento das atividades sociais é um processo natural e espontâneo, pois o declínio das interações sociais é inerente ao envelhecimento.

Segundo Neri (2001), essas teorias influenciaram fortemente a organização de movimentos sociais de idosos, propostas de educação permanente e das Universidades da terceira idade.

Fundamentado em uma gama de pressupostos sobre envelhecimento, Baltes (1980) apresenta a perspectiva Life-Span, a qual contempla o processo de envelhecimento como multideterminado e heterogêneo. Outro pressuposto fundamental diz respeito à multidirecionalidade do desenvolvimento (BALTES, 1987). De acordo com a literatura, as mudanças emergentes podem assumir diferentes direções em um mesmo período de desenvolvimento, sendo capaz de melhorar em determinados domínios e apresentar declínio em outros.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

Número crescente importante da população idosa entre 2002 e 2012, passando de 14,9 % para 19,6 % a razão de pessoas de 60 anos ou mais para cada grupo em idade potencialmente ativa. A expectativa é que este número triplique nos próximos 50 anos, chegando a 63,2 % de pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 em idade potencialmente ativa em 2060. (IBGE, 2016)

Os idosos, segundo a pesquisa é em sua maioria mulheres (55,7%), brancos (54,5%) e moradores da área urbana (84,3%). Considerando que particularmente a partir da década de 50, por influência dos movimentos migratórios houve um intenso processo de concentração urbana da população brasileira (IBGE, 1982 apud VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987).

1.2 CONTEXTUALIZANDO A FEMINIZAÇÃO NA VELHICE

No que diz respeito à população feminina, dados da OMS sinaliza que a expectativa de vida das mulheres ultrapassa a dos homens, enquanto a expectativa de vida dos homens, em 2016 era de 72,9 anos, a das mulheres atingiu 79,4 anos (OMS, 2016). Isso corrobora a imprescindibilidade de investir em estudos que possam melhor compreender como a longevidade feminina comporta-se.

Esse comportamento nacional se repetiu em todos os estados, sendo que a maior diferença foi registrada em Alagoas, onde as mulheres vivem em média 9,5 anos a mais que os homens. Em seguida, vem o estado da Bahia (9,2 anos) e Sergipe (8,4 anos) diz o informe do IBGE. Nos estados de Santa Catarina, Espírito Santo, Paraná, Distrito Federal, São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais a expectativa de vida das mulheres ultrapassou os 80 anos (IBGE, 2016).

A maior sobrevivência feminina está associada a múltiplos fatores de natureza biológica e social (OLIVEIRA e MENDES, 2010). Dessa maneira, A OMS (2011) no relatório Mulheres e Saúde esclarece que as mulheres possuem a tendência a viver mais que os homens, elegendo alguns critérios norteadores que mostram que o consumo de álcool e tabaco é mais moderado, as mulheres são mais atentas a sinais e sintomas de possíveis doenças e a sua relação com a medicina é mais próxima.

Um estudo publicado na Revista Brasileira de Estudos de População já previa vários matices adicionais ao processo senil. Entre eles o destaque para a feminização na velhice, o qual realça pela distribuição percentual da população idosa que no ano de 2050 está população alcançará 38,3 milhões de pessoas, das quais 22,4 milhões (58,4%) serão de mulheres (MOREIRA, 1998). Esta dimensão evidencia a demanda de políticas públicas sociais que contemplem o fato de que a maior fração da população idosa será feminina. A maior longevidade também implica que essas mulheres viverão provavelmente por mais tempos sozinhas, dependentes de arranjos institucionais de suporte para reinserção social durante a velhice.

Segundo o Ministério da Saúde, a mulher idosa ao ser inserida em programas de educação em saúde, percebe-se ainda como indivíduo portado de potencial e capaz de lutar pela sua saúde e conseqüentemente pela melhoria da qualidade de vida. (BRASIL, 2006).

1.3 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Os grupos de convivência surgem com o objetivo de promover atividades de preservação e potencialização das capacidades dessa população (Sobreira; Sarmiento; Oliveira, 2011 apud in Zappelini et al. 2017).

As Universidades Abertas à Terceira Idade (UATIs) brasileiras tiveram interferência de suas similares europeias, que surgiram na França no final da década de 60, sendo nomeadas “universidades do tempo livre”. (INOUYE et al, 2018). Segundo Formosa (2010), Os currículos destes programas não são bem definidos, mas seguem na sua totalidades os mesmo princípios.

As ações de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde vivenciadas nos grupos de convivência vão de encontro à promoção do envelhecimento ativo (Both et al, 2013). Neste sentido, os grupos de convivência são uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável (Wichman et al, 2013).

Para que a visão sobre a pessoa idosa e velhice possa ser diferenciada é preciso propiciar oportunidades para que possam ser sujeitos capazes de desenvolver um papel integrador perante a sociedade contemporânea e praticar determinadas atividades, passando a ser um novo agente social em seu grupo de convívio.

1.4 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida (QV) é uma temática que se manifesta numerosamente nas discussões acerca do envelhecimento. Na atualidade vive-se um momento de grande crescimento da expectativa de vida. Este novo cenário deve despertar mudanças de políticas públicas em atenção à saúde da população, para que os mesmos consigam desfrutar mais ativamente e saudáveis os anos a mais. O envelhecimento saudável está associado à ideia de que o indivíduo preserva seu potencial de desenvolvimento durante todo o curso da vida (BALTES & BALTES, 1990).

Embora o termo QV já fosse objeto de reflexão pelos cientistas sociais, filósofos e políticos, somente em 1964 a expressão foi utilizada pela primeira vez por Lyndon Johnson, presidente dos Estados Unidos da época (SOUZA, 2011). O autor define que a QV “refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros

mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida” (SOUZA, 2011).

Atualmente, a definição mais conhecida de QV é a do grupo da Organização Mundial de Saúde, que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405). Essa descrição dispõe a QV como um conceito que incorpora os domínios saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL, 1995).

A definição desse conceito pode ser considerada “uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo” (FLECK, 2000).

De acordo com Minayo, Hartz e Buss

o patamar material mínimo e universal para se falar em Qualidade de Vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da Qualidade de Vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço (2000, p. 10).

O universo de conhecimento sobre qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimentos que engloba além de diversas formas de ciência e conhecimento popular, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Nessa perspectiva apresentam-se inúmeros elementos do cotidiano das pessoas, considerando desde a percepção e expectativas subjetivas sobre a vida, até questões mais determinantes como o agir clínico frente à enfermidades (TAVARES et al, 2016).

Na contemporaneidade, uma série de grupos que se voltam à convivência de pessoas de terceira idade está sendo formados espontaneamente por moradores de bairros, sindicatos ou até mesmo por iniciativas governamentais. “Esses grupos tem por objetivo promover a satisfação do idoso através de atividades lúdicas, mantê-lo ativo e participante e a busca pela permanência da socialização”. (DÁTILLO e TAVARES, 2012).

A percepção de uma boa qualidade de vida está diretamente interligada com a autoestima e ao bem-estar, e esses fatores estão associados à boa saúde física e mental, a hábitos saudáveis, a lazer, à espiritualidade e principalmente à manutenção da capacidade funcional do indivíduo (SOUSA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003).

1.5 AVALIANDO A QUALIDADE DE VIDA

Diante disso, foi desenvolvido o instrumento WHOQOL -100 em 1994, reunindo indivíduos de 15 grandes centros, sediados em 14 países e traduzido para 20 idiomas. No Brasil, o instrumento foi traduzido e validado por um grupo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ligado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, coordenado pelo Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. De acordo com Fleck,

A introdução do conceito de QV foi uma importante contribuição para as medidas de desfecho em saúde. Por sua natureza abrangente e por estar estreitamente ligado àquilo que o próprio indivíduo sente e percebe, tem um valor intrínseco e intuitivo. Está intimamente relacionado a um dos anseios básicos do ser humano, que é de viver bem e de sentir-se bem (2008, p. 26).

O instrumento é baseado nos pressupostos de que a Qualidade de Vida é formada por três aspectos fundamentais “(1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor)” (FLECK et al, 1999, p. 20).

Para avaliar esses itens, o instrumento WHOQOL-100 consta com 100 perguntas divididas em seis Domínios: Físico; Psicológico; Nível de Independência; Relações Sociais; Meio Ambiente; e Espiritualidade/ Religiosidade/Crenças Pessoais. Devido à necessidade de demandar menos tempo ao preenchimento dos questionários, porém mantendo as características psicométricas satisfatórias foi criada uma versão resumida do WHOQOL -100, o WHOQOL-BREF, preservando a avaliação da abrangência do constructo “Qualidade de Vida”, sendo que a diferença entre eles é que no WHOQOL-100 cada faceta é avaliada a partir de quatro questões, e no WHOQOL-BREF é avaliada por apenas uma questão (FLECK, 2000). Abaixo são apresentados os quatro Domínios e as facetas avaliadas pelo WHOQOL- Bref:

Figura 1. Domínios e facetas do WHOQOL-bref

Domínio 1	<p>Domínio Físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dor e desconforto 2. energia e fadiga 3. sono e repouso 9. mobilidade 10. atividades da vida cotidiana 11. dependência de medicação ou de tratamentos 12. capacidade de trabalho
Domínio 2	<p>Domínio Psicológico</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. sentimentos positivos 5. pensar, aprender, memória, concentração 6. auto-estima 7. imagem corporal e aparência 8. sentimentos negativos 24. espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3	<p>Relações Sociais</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. suporte (apoio) social 15. atividade sexual
Domínio 4	<p>Meio Ambiente</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. segurança física e proteção 17. ambiente do lar 18. recursos financeiros 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer 22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. transporte

Fonte: FLECK, 2000, p. 179.

O instrumento pode ser administrado por um entrevistador, ou até mesmo ser autoaplicável. Pode ser utilizado tanto em tratamentos paliativos, como para pesquisas epidemiológica, oportunizando detalhamento de dados de uma população específica, viabilizando novos de tratamentos, favorecendo o profissional na identificação do domínio descompensado no paciente. (CRUZ, 2010).

A Universidade Aberta à Terceira Idade pode ser considerada um apoio informal e um vínculo contínuo entre as participantes. A partir destes relatos, este estudo se propõe a investigar esta população, bem como os obstáculos relacionados a ela, pois, nota-se um grande desafio enfrentado por esta comunidade formada na sua maioria absoluta por mulheres idosas no desejo de ser um ser humano motivador, provedor no âmbito comunitário e protagonista da sua história.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os indicadores de Qualidade de Vida em mulheres idosas que participam dos grupos da UATI (Irati) e UNATI (Guarapuava) inseridos na Universidade Estadual do Centro Oeste – UNICENTRO – PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais;
- Identificar o nível de Qualidade de Vida da população do estudo;
- Identificar os principais fatores associados à Qualidade de Vida nesta população;

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo (SZKLO, 2000) e quantitativo (MICHEL, 2005) realizada nos municípios de Guarapuava –Pr e Irati – Pr.

A apresentação do projeto, o convite verbal e a coleta dos dados se deram no período de Agosto a Outubro de 2018 nos respectivos campus da Universidade. Esta pesquisa foi realizada em dois grupos de convivência vinculados à Universidade Estadual do Centro Oeste - UATI no Campus do município de Irati, PR e UNATI no Campus Santa Cruz localizado no município de Guarapuava, PR. Os grupos tem princípio extensionista com o objetivo de contribuir para mudanças qualitativas e quantitativas no contexto socioeconômico da Terceira Idade. Estes grupos acolhem pessoas com idade superior a 55 anos de idade, estima-se que no campus Santa Cruz 56 mulheres compõem o quadro de integrantes, destas, duas participantes

possuem idade menor que 60 anos. O campus Irati, conta em 2018 com 32 matriculados, dos quais apenas uma das mulheres possui menos de 60 anos.

3.1 PARTICIPANTES

Inicialmente foram convidadas a participar deste estudo todas as mulheres idosas que estão devidamente matriculadas e participam ativamente nos grupos de extensão na Universidade Estadual do Centro Oeste- UNICENTRO, nos seus campus em questão. A amostra final caracterizou-se por 70 mulheres incluindo os dois campus, sendo 43 do grupo da UNATI (Guarapuava) e 27 do grupo UATI (Irati), entrevistadas conforme os critérios de inclusão.

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo idosas com 60 anos ou mais de idade, que fossem integrantes do grupo de referência a pelo menos três meses e que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Bem como,

foram excluídas as que não aceitaram a participação no estudo proposto ou não atendessem aos critérios de inclusão, como descrito a seguir:

Figura 2. Disposição inicial, critérios de exclusão e amostra final da população do estudo UNATI e UATI, UNICENTRO, 2018.

	UNATI N	UATI N
Amostra Inicial	60	33
Critérios de exclusão		
Eram do sexo masculino	4	1
Recusaram a participar do estudo	5	3
Participavam a menos de 3 meses	5	2
Não atendiam a idade mínima	3	0
Amostra Final	43	27
Total (UNATI+UATI)	70	

3.3 PROCEDIMENTOS E VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.4.1 Variáveis Sociodemográficas

- *Idade:* A idade foi obtida mediante o cálculo: [(Data da Entrevista – Data de Nascimento) / 365,25]. Na fase descritiva, a idade foi classificada em intervalos de 10 anos.
- *Estado Marital:* Esta variável foi classificada em 02 categorias: “vive sem companheiro” e “vive com companheiro”.
- *Nível Educacional:* classificado segundo o número de anos completos de aprovação na escolaridade formal. A variável será agrupada em 5 categorias: “analfabetos ou com menos de 01 ano de escolaridade formal” ; “1 a 8 anos”; “9 a 11 anos ”; “12 a 15 anos” e “ 16 ou mais anos de escolaridade”.
- *Renda:* A renda do participante foi definida pelo valor recebido, em Reais (R\$), no mês que antecedeu a entrevista, tratada sob a forma de tercís.
 - *Dependente da renda individual:* composta pelo número de pessoas dependentes da renda individual.

- *Renda conjunta*: caracterizada pela renda conjunta da família em Reais (R\$), no mês que antecedeu a entrevista.
- *Dependente da renda conjunta*: definida a partir da soma do total de pessoas residentes na casa e que dependem desta renda.
- *Número de filhos*: referente ao total de filhos da participante;
- *Tempo de participação*: Referente há quanto tempo (anos) o indivíduo participa dos grupos de convivência;

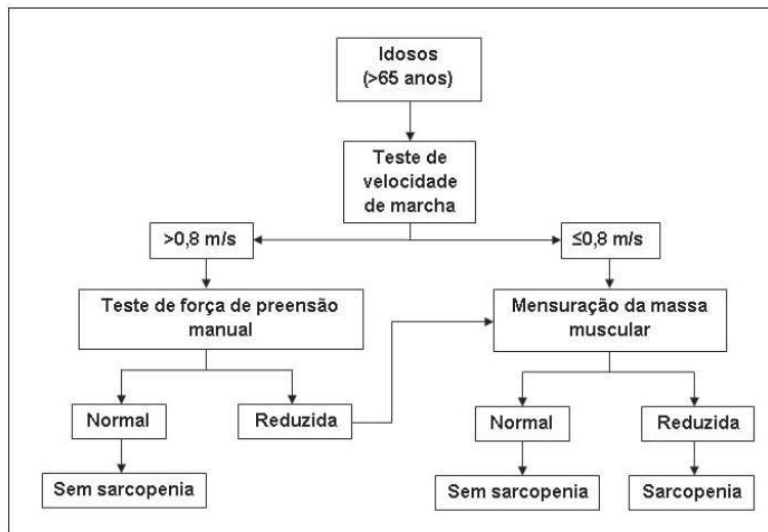
3.4.2 Variáveis Relacionadas à Saúde

- *Massa Muscular (MM)*: Para aferir a MM foi utilizada a balança de Controle Corporal OMRON HBF-514C com Full Body Sensor (Sensor de Corpo Inteiro), através de bioimpedância elétrica (BIA). A balança envia uma corrente elétrica imperceptível de 50 kHz e menos que 500 μ A através do corpo para determinar a quantidade de tecido de gordura. Orientou-se para que as idosas mantivessem a postura ereta e com o olhar ao horizonte; os braços elevados na horizontal com os cotovelos retos (ângulo de 90° em relação ao corpo); os pés descalços e com os calcanhares posicionados no eletrodo de calcanhar, deixando o peso do corpo uniformemente distribuído na plataforma de medição segurando a unidade de exibição à frente (OMRON, 2014). Todos os sujeitos foram orientados com relação aos seguintes procedimentos: não ingerir grande quantidade de água; não realizar refeições nas duas horas anteriores ao exame; não ingerir bebidas alcoólicas ou realizar exercícios vigorosos nas 12 horas anteriores ao exame (OMRON, 2014). Previamente à utilização da balança foi necessário configurá-la com os dados pessoais (idade, gênero e altura) de cada participante para que assim fosse possível mensurar a porcentagem de gordura corporal (GC), Índice de Massa Corporal (IMC), porcentagem de músculos esqueléticos (ME), entre outros dados. Utilizou-se a ME para definir o Índice Musculo Esquelético (IME: massa muscular esquelética / massa corporal total \times 100) em Kg/m² (CRUZ-JENTOF, 2010) para seguir os pontos de corte estipulados por Janssen e colaboradores (2004), onde valores menores que <6.76 kg/m² foram indicativos de sarcopenia, bem como valores maiores ou iguais ao ponto de corte (\geq 6.76 kg/m²) predisuseram musculatura normal.
- *Antropometria*: Foram aferidas massa corporal e estatura. Para esta avaliação,

foi seguido o protocolo proposto por Lohman e colaboradores (1988). Para a medida de massa, utilizou-se balança de controle corporal OMRON HBF – 514C (já citada à cima) sendo solicitado para que a participante retirasse o calçado e outros objetos que pudessem interferir significativamente na pesagem. A estatura foi aferida através do antropômetro portátil, desmontável, com precisão de 0,1cm, com indivíduos descalços, com mínimo de roupa na posição ortostática. Destaca-se ainda, que os equipamentos de medidas foram apoiados em superfície firme e plana além de serem devidamente calibrados antes da realização das medidas.

- *Força Muscular (FM)*: A FM foi avaliada através da força de preensão palmar e aferida com dinamômetro hidráulico manual tipo JAMAR no membro dominante da idosa. Foi adotada a postura em posição sentada, em cadeira com encosto reto e sem suporte para os braços, ombro aduzido e neutralmente rotado e cotovelo flexionado a 90° sendo realizados três movimentos máximos com um minuto de descanso entre eles e o resultado (Kgf) a média das três tentativas. Utilizou-se como ponto de corte, força muscular superior a 20 kg (Laurentani e colaboradores 2003).
- *Velocidade da Marcha (VM)*: foi avaliada em percurso retilíneo e plano de 6 metros. Os dois primeiros e os dois últimos metros foram excluídos da análise, respeitando as fases de aceleração e desaceleração. O tempo para percorrer o percurso foi registrado. Considerou-se baixa velocidade de marcha valores <0,8 m/s (LAURENTANI et al, 2013).
- *Sarcopenia*: Para análise dessa variável utilizou-se o algoritmo sugerido pelo EWGSOP (figura 3) que categorizou a amostra em: Não Sarcopênico e Sarcopênico. Esse modelo inclui variáveis como massa muscular, força muscular velocidade/desempenho físico para confirmação diagnóstica e caracterização da amostra.

Figura 3. Algoritmo para definição de Sarcopenia proposto por EWGSOP.



Fonte:

Quando todos os critérios foram satisfatórios a participante foi considerada NÃO SARCOPÊNICA; quando apenas a massa muscular (MM) mostrou-se reduzida considerou-se a categoria PRÉ SARCOPÊNICA; quando MM acrescida da baixa velocidade de marcha (VM) ou baixa força muscular (FM) determinou-se SARCOPÊNICA e por fim, quando todos os critérios se classificaram como insatisfatórios constatou-se como SARCOPENIA SEVERA. Essa classificação foi adotada somente na análise descritiva, na analítica optou-se por categorizar apenas em Não Sarcopênica e Sarcopênica.

- *Estado Nutricional:* Utilizou-se a balança de Controle Corporal OMRON HBF – 514C, a qual forneceu os valores calculados do Índice de Massa Corporal (IMC) (peso corporal (kg)/altura(m²). A classificação do mesmo foi dada através dos critérios estabelecidos pela OMS(1996), sendo classificados com desnutrição os indivíduos com IMC <18,8 kg/m², eutróficos com IMC de 18,9 a 24,9 kg/m², com sobrepeso IMC de 25,0 a 29,9 kg/m² e obesas com IMC ≥ 30,0 kg/m².
- *Autopercepção do estado de saúde:* essa variável se refere à percepção do participante sobre o seu estado de saúde (saúde autorreferida). Sendo assim, foi classificada em três níveis: “excelente”, “boa”, “regular”. A percepção do estado de saúde do entrevistado também foi definida quando comparado ao de familiares e amigos da mesma faixa etária e classificado em três níveis: “pior que o seu”, “igual ao seu” e “melhor que o seu” (SUZUKI, 2011).
- *Doenças Diagnosticadas:* Os participantes foram questionados quanto à presença de doença(s) ou problema(s) de saúde pessoal alguma vez diagnosticada(s) por um médico, também de forma dicotômica. Em caso de resposta positiva, a

classificação se configurou na fase descritiva da seguinte forma: “nenhuma”, “1 a 2”, “3 e mais”.

- *Uso de medicamentos:* Os participantes foram questionados quanto ao uso de diferentes medicamentos, e a quantidade de medicamentos utilizados nos últimos 15 dias. A variável “uso de medicamentos” foi tratada de forma dicotômica: “sim” e “não”. Além de se considerar o uso de medicamentos como variável dicotômica, os participantes foram classificados, na fase descritiva, segundo quantidade de medicamentos utilizados (número de medicamentos) em quatro categorias: “nenhum”, “1”, “2” e “3”. Entretanto, na fase analítica, esta variável foi tratada na forma contínua.

3.4.3 Variáveis Comportamentais

- *Hábito de fumar:* Os participantes foram questionados sobre o hábito de fumar cigarros, bem como sua duração. A variável “hábito de fumar” foi classificada em quatro categorias: “nunca fumou”, “fuma ocasionalmente”, “ex-fumantes” e “fumantes”, e a variável “quantidade de cigarros” foi classificada em seis categorias “nenhum”, “2 a 3 por dia”, “4 a 6”, “7 a 10”, “11 a 20” e “21 ou + por dia” (SUZUKI, 2010).
- *Consumo abusivo de álcool:* Para avaliar o consumo de bebidas alcoólicas, foi aplicado o Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) recomendado pela WHO (2001) para estudos epidemiológicos. Os participantes foram questionados sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas, como a frequência e quantidade média de consumo regular no último ano, assim como a duração do hábito. Além desses aspectos, os sujeitos foram questionados se houve o consumo de álcool em período anterior ao último ano, assim como o período de consumo.
- *Nível de atividade física:* Com o intuito de avaliar a frequência e o nível de atividade física, utilizou-se do questionário: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), utilizando a versão curta, validada para idosos brasileiros (Warren. 2010) e também segundo os critérios estabelecidos pelo American College of Sports Medicine/American Heart Association (ACSM/AHA) (Haskell et al. 2007).

Os participantes que realizam um mínimo de 150 minutos de quaisquer combinações de caminhada, atividades de intensidade moderada ou vigorosa, em pelo menos 5 dias na semana, ou que realizam um mínimo de 20 minutos de atividade vigorosa em pelo menos 3 dias da semana, serão classificados como “suficientemente ativos” (SA). Aqueles que não se adequam a esses critérios serão classificados como “insuficientemente ativos” (IA).

3.4.4 Variável qualidade de Vida

Esta variável foi avaliada pelo uso do instrumento *WHOQOL-BREF*. O questionário foi preenchido pelo entrevistador, e para cada uma das 26 questões foram atribuídas o valor de 1 a 5, pela escala Likert. Os escores de cada Domínio são calculados por meio da soma dos escores da média das questões que compõem cada Domínio, e um escore “total” do respondente. Os Domínios avaliados no instrumento compreendem: Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio das Relações Sociais, Domínio do Meio Ambiente, e o Domínio Relacionado à Qualidade de Vida Geral. Posterior a isso os Domínios foram convertidos para uma escala de 0 a 100 (PEDROSO et al.(2010). A transformação dessa escala indica que 0 é considerado pior a Qualidade de Vida e 100 a melhor (FLECK et al., 2008). Foi utilizada a ferramenta proposta por Pedroso et al no Microsoft Excel 2013, “realizando os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref de forma automatizada, no qual coube à pesquisadora apenas tabular os dados coletados na aplicação do WHOQOL-bref” (2010, p. 34).

3.4.5 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada nas sedes da UNATI e UATI, em ambiente previamente designado pelas coordenações do programa. Após a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo I), os participantes foram avaliados por meio do roteiro de avaliação sociodemográfico, comportamental e relacionado à saúde (anexo II), exame físico (antropometria e Bioimpedância) (anexo III), pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta (anexo IV), pelo Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (anexo V) e pelo instrumento WHOQOL-bref (anexo VI), todos aplicados pela proponente do estudo com treinamento prévio, tendo como finalidade caracterizar os indicadores de Qualidade de Vida nas mulheres do presente estudo.

Mediante o resultado buscou-se descrever aspectos sociodemográficos, comportamentais e relacionados à saúde. Para a realização das entrevistas as participantes foram comunicadas previamente sobre o seu horário e data adequando na sua disponibilidade quanto à participação.

3.4 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS

Os dados obtidos na coleta por meio de questionários de papel durante a entrevista estruturada foram posteriormente tabulados Software Microsoft Excel 2013. Para o teste de consistência externa, a digitação dos dados foi efetuada através de dupla entrada de dados. Em seguida, o banco de dados foi transformado mediante o Software Stat Transfer, e analisado através do Software STATA 11.0 (StataCorp., CollegeStation, Estados Unidos).

Os dados das variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde, comportamentais e de Qualidade de Vida foram primeiramente analisados por meio de estatística descritiva, com a finalidade de caracterização da amostra quanto ao perfil sociodemográfico, relacionado à saúde, comportamental e de Qualidade de Vida dos sujeitos do estudo (n= 70).

No segundo momento foi realizada a estatística analítica, para a verificação de associações entre as variáveis sociodemográficas, relacionados à saúde e comportamentais com a Qualidade de Vida das mulheres participantes. Os Domínios da variável Qualidade de Vida foram avaliados quanto ao tipo de distribuição através do teste de normalidade Shapiro Wilk.

Também construídos modelos de Regressão Linear (KLEINBAUM et al., 1998), para identificação dos fatores associados a este desfecho, em modelos uni e multivariados, estimados por pontos e por intervalos com 95% de confiança. Os modelos univariados continham cada uma das variáveis independentes e a variável-resposta. Nestes modelos, as variáveis para as quais se obtiveram valores $p \leq 0,25$ (Teste de Wald) foram candidatas aos modelos multivariados. Nos modelos multivariados finais, permaneceram as variáveis que apresentaram valores $p < 0,05$.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) de acordo com o previsto na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, sob parecer 2.907 (anexo VII).

4. RESULTADOS

4.1 FASE DESCRITIVA

4.1.1 Variáveis Sociodemográficas

As características sociodemográficas das participantes, estratificadas por grupo de referência, são apresentadas na Tabela 1. O grupo estudado é composto por 70 idosos com idade entre 60 e 89 anos de idade. Do grupo total, 43 participam do grupo UNATI (residem na cidade de Guarapuava) e 27 participam do grupo UATI (residem na cidade de Irati).

O grupo UNATI apresenta maior porcentagem de participantes com idade entre 60 e 69 anos (46,51%) sendo que o grupo UATI apresenta maior número de participantes com faixa etária entre 70 e 79 anos (44,44%).

Sobre o estado marital o grupo UNATI tem 67,44% dos participantes vivendo sem companheiro, e o grupo UATI apenas 37,04% vive nesta mesma condição.

No que diz respeito ao tempo de participação junto aos grupos de referência, as pessoas estudadas apresentaram características distintas, uma vez que 41,86% das integrantes da UNATI participavam deste grupo por tempo igual ou menor que 3 anos, enquanto que 44,44% das Uatianas participavam a mais de 10 anos.

O nível educacional apresentou prevalência elevada entre as mulheres com 16 anos ou mais de escolaridade formal (55,81%) no grupo UNATI. Observa-se um comportamento diferenciado nesta categoria quanto ao grupo UATI que a escolaridade está distribuída semelhantemente, com ressalva da categoria sem escolaridade que não houve pontuação.

A renda individual das participantes chama atenção pela disparidade entre os grupos, sendo que o grupo UNATI (74,41%) apresentou renda igual ou superior a 2.500,00/mensal e no grupo UATI (48,15%) das mulheres apresentam renda inferior a 2.500,00/mensal. Tal divergência pode estar relacionada ao fato da alta prevalência da escolaridade encontrada entre os grupos. Ambos os grupos apresentam em maior representatividade nenhum dependente de sua renda individual sendo 90,70% correspondente ao grupo UNATI e 92,31% ao grupo UATI.

Tabela 1. Características sociodemográficas da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos: Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.

VARIÁVEL	UNATI		UATI	
	N	%	N	%
Faixa etária (anos)				
60 a 69 anos	20	46,51	11	40,74
70 a 79 anos	17	39,95	12	44,44
80 a 89 anos	6	13,95	4	14,81
Estado marital				
Vive sem companheiro	29	67,44	10	37,04
Vive com companheiro	14	32,56	17	62,96
Número de filhos				
Nenhum filho	3	6,98	4	14,81
1 a 2 filhos	17	39,53	6	22,22
3 a 4 filhos	20	46,51	13	48,15
5 filhos ou mais	3	6,98	4	14,81
Tempo no grupo				
> 10 anos	8	18,60	12	44,44
4 a 10 anos	17	39,53	7	25,93
< = 3 anos	18	41,86	8	29,63
Nível educacional				
Analfabeto	1	2,33	-	-
1 a 8 anos escola	8	18,60	8	29,63
9 a 11 anos escola	4	9,30	6	22,22
12 a 15 anos escola	6	13,95	7	25,93
16 + anos escola	24	55,81	6	22,22
Renda individual (tercís)				
Até R\$ 2.500,00	11	25,58	13	48,15
R\$ 2.500,00 a 4.835,78	15	34,88	8	29,63
>R\$ 4.835,78	17	39,53	6	22,22
Dependente Renda individual				
Nenhum dependente	39	90,70	24	92,31
1 dependente	1	2,33	2	7,69
2 dependentes	2	4,65	-	-
Renda Conjunta				
Até R\$ 3.000,00	13	30,23	8	29,63
R\$3.001,00 a 5.000,00	10	23,26	8	29,63
>R\$ 5.000,00	20	46,51	11	40,74
Dependente Renda conjunta				
1 dependente	31	72,09	18	66,67
2 dependentes	10	23,26	8	29,63
3 dependentes	2	4,65	1	3,70

4.1.2 Variáveis Relacionadas à Saúde

No que tange as características elencadas à saúde apresentadas na Tabela 2, enfatiza o estado nutricional considerando as variáveis sobrepeso e obesidade, as características são semelhantes em ambos os grupos, totalizando (74,42) da UNATI e (74,07%) das participantes da UATI estão com excesso de peso.

Em relação à condição de saúde, verificou-se que 51,16% (UNATI) e 62,96% (UATI) das entrevistadas consideram sua saúde melhor que a de seus amigos. Já ao compararem o seu estado de saúde com os de seus familiares da mesma faixa etária, somente 13,95% (UNATI) e 7,41% (UATI) consideraram o estado de saúde desses “pior que o seu”. Visto que a amostra dos dois grupos estudados demonstram a prevalência de participantes que fazem uso de “nenhum ou um medicamento” e que apresentam entre “1 a 2 doenças auto aferidas”.

Quanto a variável Sarcopenia, houve uma prevalência de 41,86% e 33,03 nos grupos UNATI e UATI respectivamente, bem como se evidenciou Sarcopenia severa em 9,30 no grupo UNATI e 18,52 na UATI, totalizando em 51,16% de participantes sarcopênicas no grupo UNATI e 51,55% no grupo UATI.

Tabela 2. Características relacionadas à saúde da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos. Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.

VARIÁVEL	UNATI		UATI	
	N	%	N	%
Estado Nutricional (IMC)				
<i>Eutrófico</i>	11	25,58	7	25,93
<i>Sobrepeso</i>	21	48,84	11	40,74
<i>Obesidade</i>	11	25,58	9	33,33
Saúde Autorreferida				
<i>Excelente</i>	16	37,21	2	7,41
<i>Bom</i>	21	48,84	17	62,96
<i>Regular</i>	6	13,95	8	29,63
Saúde em relação aos Amigos				
<i>Pior que o seu</i>	22	51,16	17	62,96
<i>Igual ao seu</i>	3	6,98	3	11,11
<i>Melhor que o seu</i>	18	41,81	7	25,93

Tabela 2. Continuação.

Saúde em relação aos Familiares				
<i>Pior que o seu</i>	24	55,81	11	40,74
<i>Igual a seu</i>	13	30,23	14	51,85
<i>Melhor que o seu</i>	6	13,95	2	7,41
Número de doença auto aferida				
<i>Nenhuma</i>	20	46,51	8	29,63
<i>2 a 3</i>	21	48,84	15	55,56
<i>3 e +</i>	2	4,85	4	14,81
Número de medicamentos em uso				
<i>Nenhum</i>	20	46,51	8	29,63
<i>1</i>	19	44,19	10	37,04
<i>2</i>	2	4,65	5	18,52
<i>3</i>	2	4,65	4	14,81
Sarcopenia				
<i>Não Sarcopênico</i>	19	44,19	10	37,04
<i>Pré Sarcopênico</i>	2	4,65	3	11,01
<i>Sarcopênico</i>	18	41,86	9	33,03
<i>Sarcopenia Severa</i>	4	9,3	5	18,52

4.1.3 Variáveis Comportamentais

A Tabela 3 representa as características comportamentais da amostra. Em relação ao hábito de fumar, destaca-se que 96,30% do grupo UATI e 72,09% do grupo UNATI nunca fumaram e que apenas duas mulheres, equivalente a 4,65% do total de participantes da UNATI que fumam ou são ex-fumantes excedem ou excederam a 20 cigarros/dia. Sobre o hábito de beber todos os participantes declaram não apresentar dependência de álcool.

Quanto a variável prática de atividade física a prevalência na condição insuficientemente ativa é maior em ambos os grupos 55,81% do grupo UNATI e 74,07% do grupo UATI.

Tabela 3. Características comportamentais da população do estudo classificadas de acordo com os respectivos grupos. Campus Guarapuava e Irati –PR. UNICENTRO, 2018.

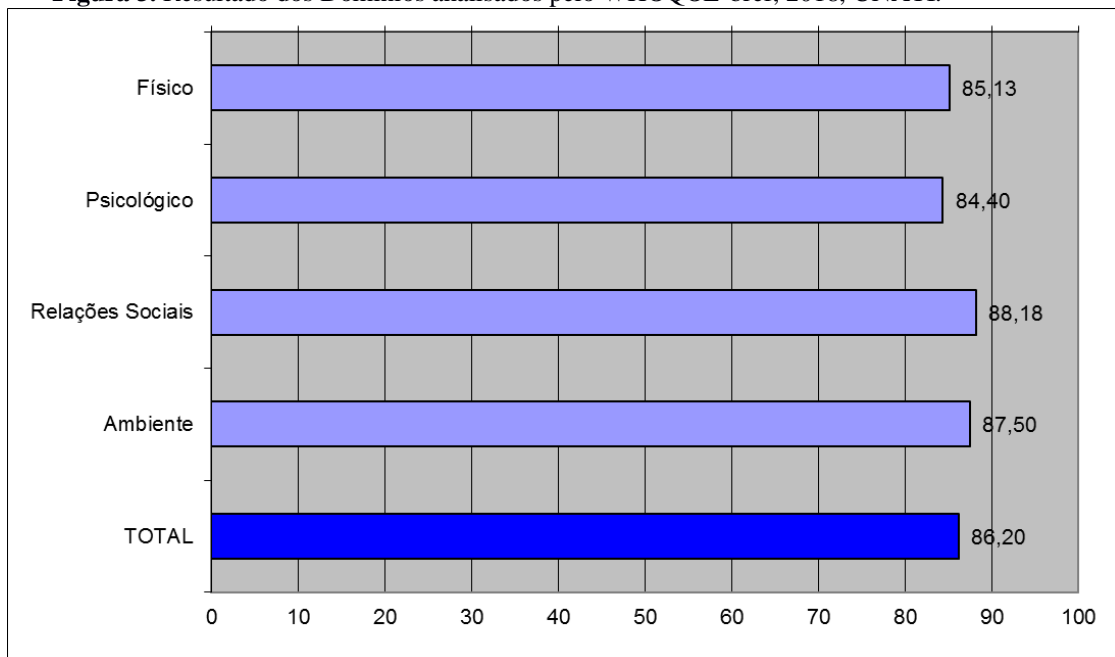
<i>VARIÁVEL</i>	<i>UNATI</i>		<i>UATI</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Hábito de fumar</i>				
<i>Nunca fumou</i>	31	72,09	26	96,3
<i>Ex fumante</i>	10	23,26	1	3,7
<i>Fumante</i>	2	4,65	-	-
<i>Tempo que fuma/fumou (anos)</i>				
<i>0</i>	31	72,09	26	96,3
<i>1 a 20</i>	7	16,31	1	3,7
<i>21 ou +</i>	5	11,6	-	-
<i>Quantos cigarros fuma/fumou (dia)</i>				
<i>Nenhum</i>	31	72,09	26	96,30
<i>1 a 20</i>	10	23,26	1	3,70
<i>21 ou +</i>	2	4,65	-	-
<i>Consumo abusivo de Álcool (AUDIT)</i>				
<i>Sem dependência</i>	43	100	27	100
<i>Prática de atividade Física (IPAQ)</i>				
<i>Suficientemente ativo</i>	19	44,19	7	25,93
<i>Insuficientemente ativo</i>	24	55,81	20	74,07

4.1.4 Indicadores de Qualidade de Vida (WHOQOL – BREF)

A Figura 3 apresenta os resultados dos domínios analisados segundo o WHOQOL – bref no grupo UNATI.

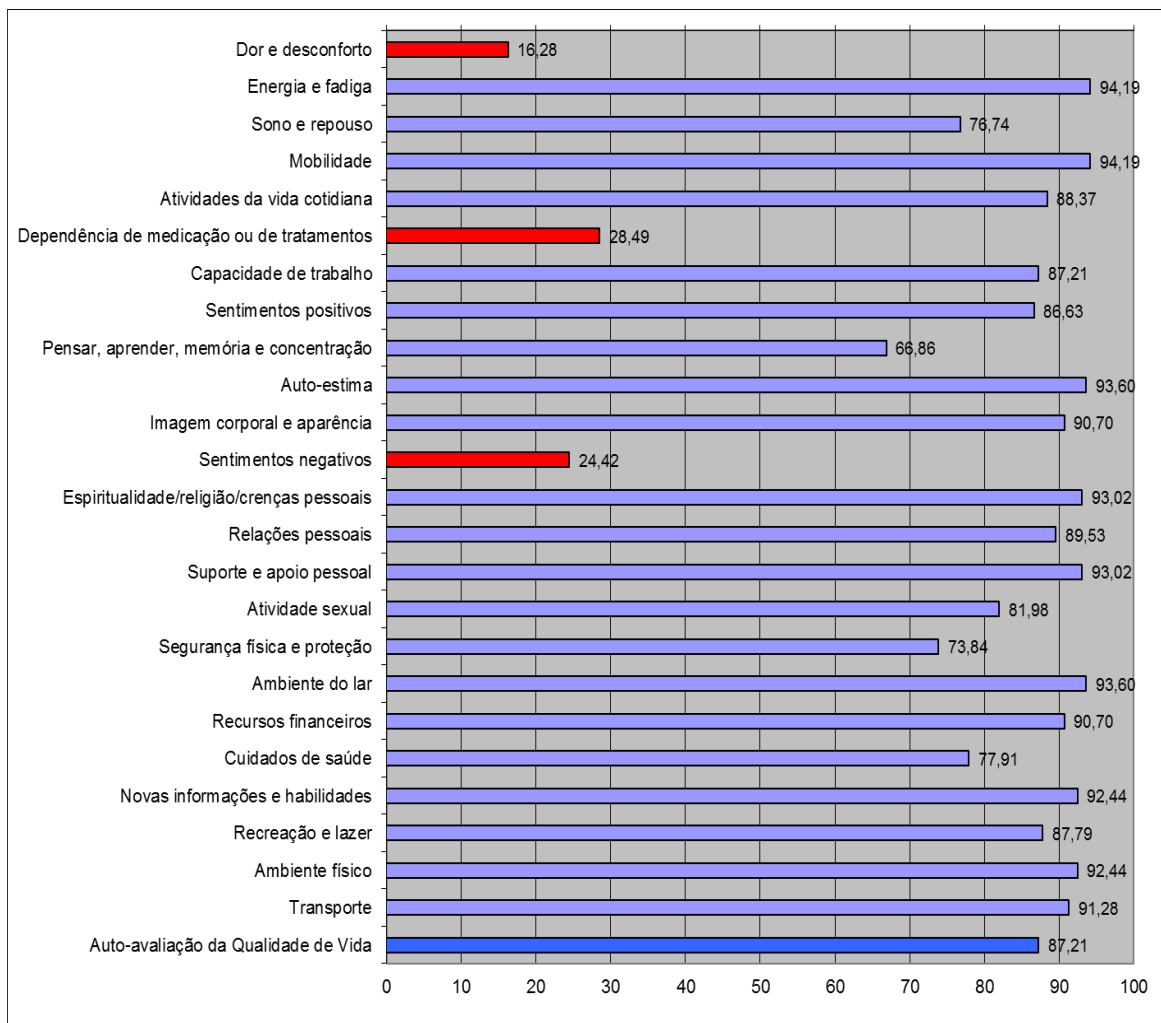
Os resultados obtidos com o WHOQOL-bref indicam que as participantes deste grupo demonstraram maior satisfação com o domínio Relações Sociais (88,18%) e menos satisfeitas com o domínio Psicológico (84,40%) (Figura 3). As principais facetas que contribuem para as satisfações no Domínio Relações Sociais correspondem ao suporte e apoio pessoal prestado pelos colegas, amigos e familiares (92,59%) e para o domínio Psicológico a principal queixa e insatisfação está relacionada a pouca facilidade de aprender, memorizar coisas novas, assim como a dificuldade de concentração (66,86%). Quanto à auto avaliação da qualidade de vida em geral, 87,21% estão satisfeitas (Figura 4).

Figura 3. Resultado dos Domínios analisados pelo WHOQOL-bref, 2018, UNATI.



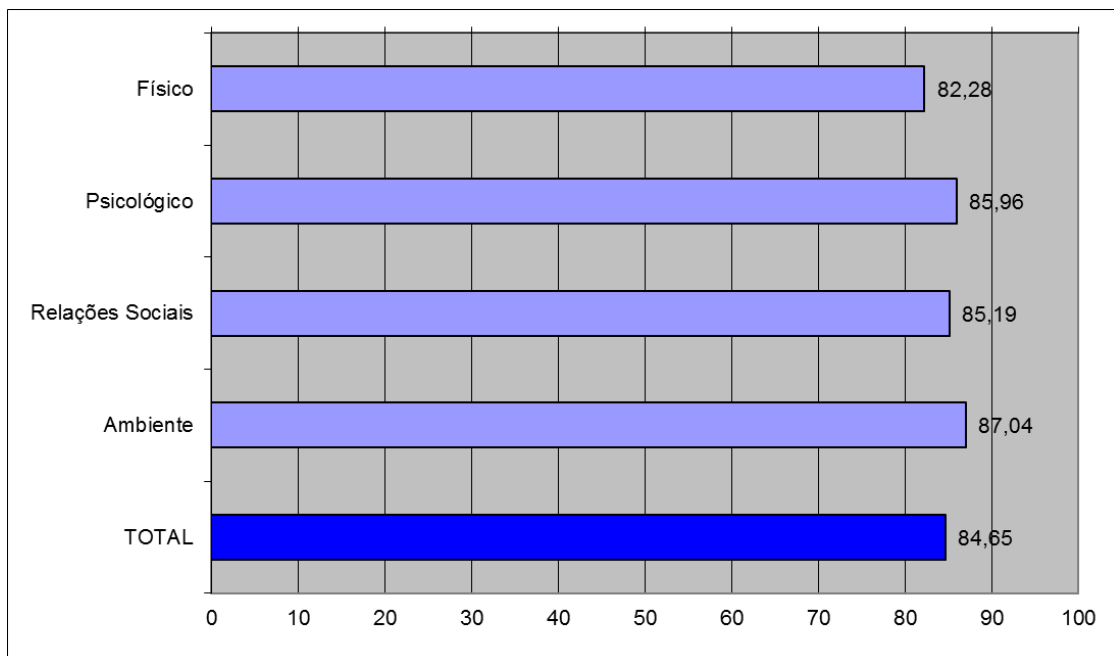
A Figura 4 apresenta o resultado das facetas avaliadas pelo instrumento WHOQOL – Bref de acordo com os domínios. Dentre eles destaca-se que 94,19% das participantes estavam satisfeitas com a sua mobilidade e de igual com sua energia, 93,60% com sua autoestima e com o seu ambiente do lar. Enquanto que apenas 16,28% estavam conformadas com sua dor e desconforto, 28,49% com a dependência de medicação ou de tratamentos e 24,42% apresentaram sentimentos negativos.

Figura 4 – Resultado das facetas que compõem os domínios do WHOQOL – Bref UNATI, 2018.



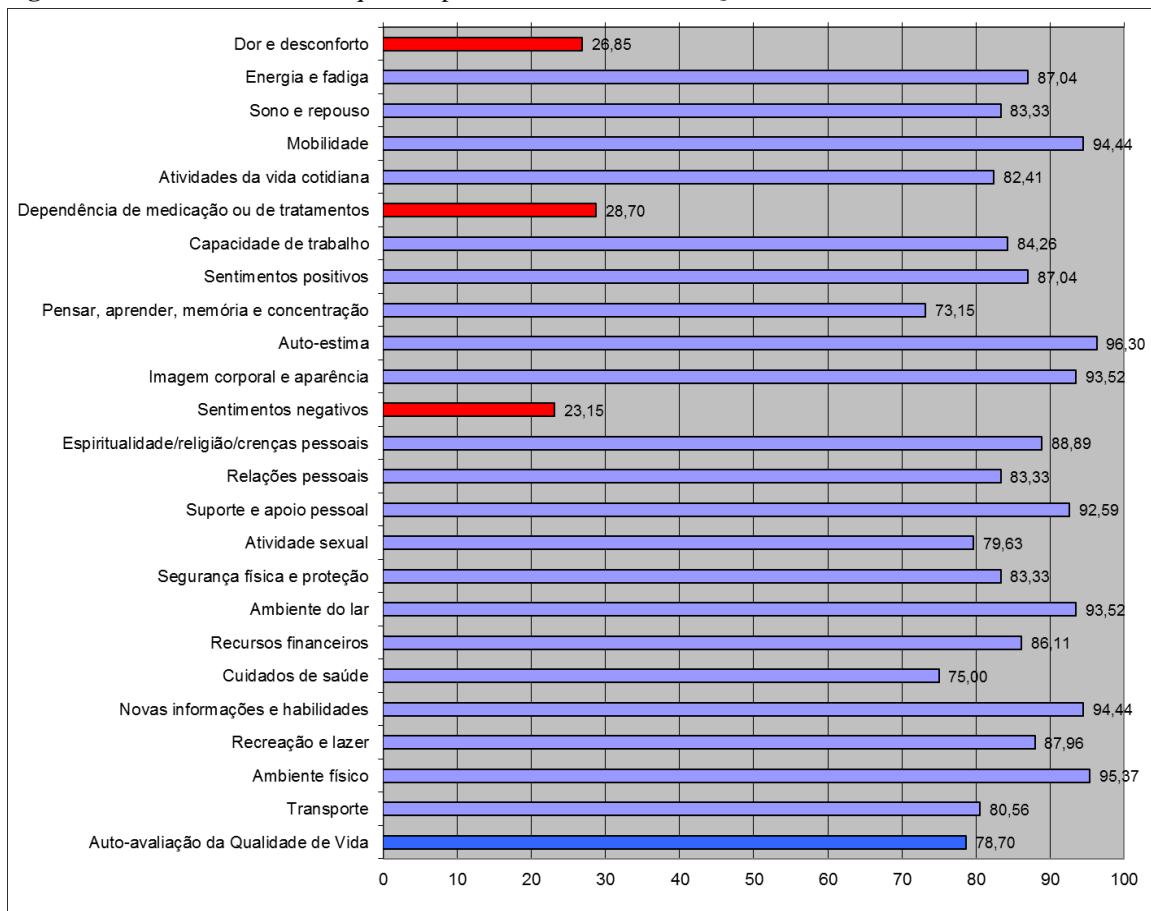
A Figura 5 apresenta os resultados dos domínios analisados segundo o WHOQOL – bref no grupo UATI. Estes domínios demonstraram relativamente que a maior satisfação das participantes deste grupo, está nas relações acerca do ambiente (87,04%) e a menor o domínio físico (82,28%) (Figura 5). As facetas que nos reportam a prevalência de satisfação ao Domínio Ambiente diz respeito ao ambiente físico que frequentam (95,37%) essa evidência nos mostra a importância da convivência em grupo e da socialização na terceira idade. Em relação ao Domínio físico, (26,85%) relataram dor ou desconforto. A auto avaliação da qualidade de vida se mostra inferior quando comparada ao outro grupo participante (78,70%) (Figura 6).

Figura 5. Resultado dos Domínios analisados pelo WHOQOL-bref, 2018, UATI.



A Figura 6 apresenta o resultado das facetas avaliadas pelo instrumento WHOQOL – Bref de acordo com os domínios. Podendo ressaltar que 96,30% das mulheres idosas deste grupo estavam satisfeitas com a sua autoestima, 95,37% com seu ambiente físico e 94,44 por adquirir novas informações e habilidades. Por outro lado 23,15% apresentaram sentimentos negativos, 28,70% estão satisfeitas com a dependência de medicação ou de tratamentos e 28,85% com a dor desconforto.

Figura 6. Resultado das facetas que compõem os domínios WHOQOL – Bref UATI, 2018.



4.2 FASE ANALÍTICA

4.2.1 Fatores Associados à Qualidade de Vida

Diferentes conjuntos de variáveis permaneceram associados à qualidade de vida nos modelos finais (Tabela 4), considerando as categorias Domínio físico (1), Psicológico (2), Relações sociais (3), Meio ambiente (4) e auto avaliação da Q.V (5).

No Domínio Físico permaneceram associadas às variáveis estado marital, tempo de escolaridade, renda, renda conjunta, sarcopenia, saúde autorreferida e prática de atividade física. Já no Domínio Meio Ambiente as variáveis que mantem-se são renda conjunta e saúde em relação aos amigos. No Domínio Auto Avaliação da Q.V subsistiram saúde em relação aos amigos, saúde autorreferida e o tempo de participação. Para o Domínio Psicológico e Relações sociais não perdura nenhuma variável associada no modelo final.

Tabela 4. Razões dos coeficientes Bruto e Ajustado com intervalo de confiança (95%), segundo os domínios do WHOQOL – Bref. Modelo final – UNATI, UNICENTRO, 2018.

Variável	Coef. Bruta	95% IC	Coef. Ajustada	95% IC	R ²
DOMÍNIO FÍSICO					0,48
Estado Marital					
Vive sem companheiro	1		1		
Vive com companheiro	0.92	-0.39 - 2.24	2.11	0.81 -3.40	
Tempo de Escolaridade					
	0.03	-0.08 - 0.14	0.15	-0.29 - -0.01	
Renda					
	0.00004	-0.0001 - -	0.0003	0.00005 -	
Renda Conjunta					
	-5.3	0.0001 -	-0.0002	-0.0005 - -	
Sarcopenia					
Não Sarcopênico	1		1		
Pré Sarcopênico	-0.16	-3.20 - 2.87	0.76	-2.00 - 3.52	
Sarcopênico	-0.93	-2.27 - 0.41	-1.67	-2.90 - -0.44	
Sarcopenia Severa	-0.59	-3.84 - 0.65	-3.01	-5.33 - -0.70	
Saúde Autorreferida					
Excelente	1		1		
Boa	-0.90	-2.23 - 0.43	-1.89	-3.17 - -0.60	
Regular	-1.62	-3.55 - 0.31	-3.38	-5.43 - -1.32	
Prática de Atividade Física					
Suficient. Ativo	1		1		
Insuficient. Ativo	0.53	-0.72 - 1.79	1.17	0.03 - 2.32	
DOMÍNIO MEIO AMBIENTE					0,19
Renda Conjunta					
	0.0001	1.06 - 0.0002	0.0001	0.00002 -	
Saúde em Relação aos amigos					
Pior que o seu	1		1		
Igual ao seu	-1.92	-4.31 -0.48	-2.30	-4.58 - -0.01	
melhor que o seu	0.10	-1.12 - 1.32	0.14	-1.01 - 1.30	
DOMÍNIO AUTO AVALIAÇÃO DA Q.V					0,29
Saúde em Relação aos amigos					
Pior que o seu	1		1		
Igual ao seu	-0.22	-2.96 - 2.51	0.01	-2.54 - 2.57	
melhor que o seu	0.81	-0.58 - 2.20	1.45	0.12 - 2.78	
Saúde Autorreferida					
Excelente	1		1		
Boa	-1.25	-2.64 - 0.13	-1.21	-2.56 - 0.14	
Regular	-2.21	-4.20 - -0.21	-2.65	-4.56 - -0.74	
Tempo de Participação					
	0.09	-0.03 - 0.22	0.15	0.02 - 0.28	

No grupo UATI destaca-se maior número de variáveis associadas, contemplando todos os domínios. No Domínio Físico permaneceu a variável Sarcopenia. No Psicológico subsistiu o estado marital, tempo de participação e prática de atividade física, enquanto que o Domínio Relações Sociais mantiveram-se o tempo de escolaridade, renda e saúde em relação aos familiares. No Domínio meio ambiente apenas a variável saúde em relação aos familiares. Na Auto Avaliação da Q.V as variáveis evidentes são estado marital, sarcopenia, saúde autorreferida e dependentes de renda conjunta. O Domínio Geral também apresenta diversas variáveis, sendo elas: tempo de participação, sarcopenia e saúde em relação aos familiares.

Tabela 5. Razões dos coeficientes Bruto e Ajustado com intervalo de confiança (95%), segundo os domínios do WHOQOL – Bref. Modelo final – UATI, UNICENTRO, 2018.

Variável	Coef. Bruta	95% IC	Coef. Ajustada	95% IC	R ²
DOMÍNIO FÍSICO					0,19
Sarcopenia					
Não Sarcopênico	1		1		
Pré Sarcopênico	1.54	-2.07 - 5.16	1.54	-2.07 - 5.16	
Sarcopênico	0.65	-1.87 - 3.18	0.65	-1.87 - 3.18	
Sarcopenia Severa	3.26	0.25 - 6.26	3.25	0.24 - 6.26	
DOMÍNIO PSICOLÓGICO					0,49
Estado Marital					
Vive sem Companheiro	1		1		
Vive com Companheiro	-0.67	-1.82 - 0.49	-1.94	-3.03 - -0.86	
Tempo de Participação Prática de Atividade Física	0.06	-0.021	0.16	0.07 - 0.24	
Suficient. Ativo	1		1		
Insuficient. Ativo	0.82	-0.44 - 2.09	1.48	0.45 - 2.50	
DOMÍNIO RELAÇÕES PESSOAIS					0,49
Tempo de Escolaridade	-0.01	-0.23 - 0.21 -0.0009 -	0.26	0.049 - 0.48 -0.001 - -	
Renda	-0.0005	0.0001	-0.0008	0.0004	
Saúde em Relação aos Familiares					
Pior que o seu	1		1		
Igual ao Seu	-0.62	-2.96 - 1.71	-1.93	-3.9 - 0.046	
Melhor que o Seu	2.28	-2.10 - 6.67	2.30	-1.11 - 5.71	
DOMÍNIO MEIO AMBIENTE					0,16
Saúde em Relação aos Familiares					
Pior que o seu	1		1		
Igual ao Seu	-1.22	-2.53 - 0.093	-1.33	-2.60 - -0.7	
DOMÍNIO AUTO AVALIAÇÃO DA Q.V					0,48
Estado Marital					
Vive sem Companheiro	1		1		
vive com Companheiro	-0.94	-3.36 - 1.48	-5.15	-9.74 - - 0.57	
Sarcopenia					
Não Sarcopênico	1		1		
Pré Sarcopênico	1.27	-2.58 - 5.12	1.44	-2.38 - 5.27	
Sarcopênico	1.27	-1.42 - 3.95	3.25	0.55 - 5.95	
Sarcopenia Severa	3.4	0.20 - 5.60	3,83	0.53 - 7,12	
Saúde Autorreferida					
Excelente	1		1		
Boa	0.18	-4.30 - 4.65	1.15	-3.25 - 5.56	
Regular	-1.75	-6.49 - 2.98	-1.75	-6.78 - 3.27	
Dependentes de Renda Conjunta	0.008	-2.12 - 2.14	4.62	0.72 - 8.53	
DOMÍNIO GERAL					
Tempo de Participação	0.07	-0.02 - 0.17	0.13	0.04 - 0.22	0.08

5. DISCUSSÃO

5.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, RELACIONADAS À SAÚDE E COMPORTAMENTAIS.

Esta pesquisa foi desenvolvida com idosas participantes de dois grupos da Universidade Aberta à Terceira Idade da UNICENTRO nos Municípios de Guarapuava e Irati – PR, no qual se buscou avaliar, por meio do questionário WHOQOL-Bref, a Qualidade de Vida e sua relação com os fatores sociodemográficos, relacionados à saúde e comportamentais das participantes.

A utilização do WHOQOL-bref mostrou ser um instrumento satisfatório para avaliação da Q.V dos grupos avaliados, possibilitando que as idosas participantes relatassem o grau de satisfação, também sendo de fácil compreensão.

É visível que o grupo de convivência favorece com suas atividades melhorias em diversos aspectos da Q.V do idoso, em especial a integração social e a manutenção de relacionamentos interpessoais. Por este motivo deve ser utilizado por profissionais para promoção da saúde como recurso que permite romper situações de isolamento e solidão.

Comparando os grupos avaliados e classificando-os de acordo com os aspectos regionais, a UATI poderia ofertar mais práticas e atividades diversificadas para potencializar os benefícios alcançados com a prática grupal. Ressaltando ainda, que o grupo é um mecanismo de empoderamento da pessoa idosa em busca da manutenção da autonomia e do envelhecimento ativo.

Os fatores relacionados à qualidade de vida dos idosos participantes da pesquisa foram calculados separadamente para cada grupo. Fatores relacionados às variáveis sociodemográficas, relacionadas à saúde e comportamentais foram avaliados e comparados separadamente semelhante ao encontrado no trabalho de Vitorino et al (2013) que é uma investigação que utilizou dados secundários, a partir de dois estudos epidemiológicos transversais. A amostra foi de 288 idosos da comunidade e 76 institucionalizados a partir de estudos epidemiológicos transversais, desenvolvidos no município de Porto Alegre, RS, em 2004, e em Pouso Alegre e Santa Rita do Sapucaí, MG, em 2010.

O perfil encontrado é uma realidade comumente encontrada nos grupos de UATIs, onde os participantes que mais frequentam são do sexo feminino. Lana e colaboradores (2018), ao avaliarem o perfil sociodemográfico de uma UNATI no estado de Minas Gerais, também apontaram maior participação de mulheres no grupo, o que se evidencia em grande parte da literatura, sendo este fato relacionado a maior sobrevivência e o maior cuidado e atenção com a

saúde, quando comparadas aos homens. Inouye et al (2018), desenvolveram um estudo em uma (UATI) o qual contou com a participação de 54 idosos todos os participantes residiam em uma cidade de porte médio localizada no interior do estado de São Paulo. Estes idosos foram divididos em dois grupos – o grupo observado formado por idosos que frequentam a UATI e outro com idosos da comunidade. O grupo participante desse estudo muito se assemelhava, em características sociodemográficas com o grupo UNATI, descrito no presente estudo. A faixa etária da maioria dos participantes esta entre 60 e 79 anos, a maior escolaridade e renda como descrevem também Peixoto, Lima e Bittar (2017), onde 48,89% da população estudada se enquadravam nessa faixa etária. Em geral pode-se relacionar o maior nível de instrução acadêmica e renda com acesso a maiores opções de lazer e conseqüentemente tornar melhor a sua QV quando comparado a grupos que não tem acesso aos mesmos recursos.

O trabalho de Stival et al (2014) apresenta a característica de que o grupo com maior escolaridade (ensino superior), renda superior a quatro salários e que não moram sozinhos apresentaram maiores escores de QV. Esse trabalho corresponde a uma pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva com delineamento transversal, realizada com 277 idosos, por meio de entrevista em Ceilândia-Df. Resultados semelhantes foram observados no presente estudo, ainda que os índices de QV sejam próximos, o grupo UNATI que possui essas características tem um índice levemente superior. Considerando no domínio físico o estado marital, as participantes do grupo UNATI que vivem com companheiro apresentam maior chance de melhora de QV, observando que estas realizam mais atividade de lazer com seus companheiros. Enquanto que no domínio psicológico do grupo UATI as idosas que vivem com companheiro apresentaram diminuição na QV. Essa controvérsia pode estar relacionada a fatores emocionais, de stress e que essas mulheres podem vivenciar uma rotina de cuidados intensos com o companheiro devido a este apresentar maior faixa etária por exemplo.

Melo e colaboradores (2014) correlacionaram a condições de vida dos idosos brasileiros através de uma análise de renda e escolaridade. Utilizando-se dos micros dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (2008-2009) realizada pelo IBGE em 2010. Quanto à renda, eles apresentaram que a população acima de 60 anos da região Sul apresenta média de (36,4%) entre R\$ 1.245,01 e R\$ 2.490,00. Logo, e a escolaridade apresentou sua maior prevalência (86,9%) na categoria ensino fundamental (em média 8 anos de estudo). Ao relacionarmos os achados com dados à nossa população, é possível observar que as integrantes da UATI permanecem dentro da média apresentada. Por outro lado, a UNATI apresentou superioridade em ambos os critérios.

O fato de essas idosas julgarem positivamente sua saúde pode estar relacionado ao baixo número de doenças associadas e medicamentos em uso. Alguns autores debatem a possibilidade de que a afirmação de um diagnóstico médico é fator predisponente de uma percepção negativa do idoso. (ZANESCO, 2018)

O envelhecimento trás consigo algumas peculiaridades, como modificação da composição corporal, alterações metabólicas que podem modificar negativamente o estado nutricional. (LIMA e PIETSAK, 2016). Os achados do presente estudo apontam o sobrepeso como fator predominante nos dois grupos, o que corrobora com um estudo observacional e descritivo realizado em um Centro de atividades para idosos (CATI) em Colombo/PR que apresenta 57,1% dos seus entrevistados com sobrepeso. Os níveis de sobrepeso neste, estão relacionados ao baixo consumo de fontes alimentares proteicas, bem como baixa ingesta hídrica. (FERNANDES e MEZZOMO, 2017).

A prevalência de sarcopenia exposto no presente estudo foi de 41,86% no grupo UNATI e 33,03% na UATI. Todavia, nas primeiras proposições apontadas por Baumgartner (1998) a prevalência pode variar de 13 a 24% na população até 70 anos, e que essa probabilidade pode chegar a 50% em pessoas com mais de 80 anos.

“A definição proposta por Cruz-Jentoft e colaboradores (2010)” compõe um grupo para definição e critérios de sarcopenia em pessoas idosas (EWGSOP). Os mesmos apresentam uma definição clínica e prática dos critérios diagnósticos consensuais a respeito da sarcopenia relacionada à idade e a definiram através de três componentes: (1) baixo índice de massa muscular esquelética; (2) Força muscular diminuída; (3) baixo desempenho físico. Sendo considerado Sarcopênico o indivíduo que apresentar pelo menos 2 critérios, considerando o baixo índice de massa muscular um dos critérios indispensáveis. Essas características definem os estágios como pré - sarcopenia, sarcopenia e sarcopenia grave (CRUZ-JENTOFT et al, 2010).

Os valores evidenciados no presente estudo se sobressaem quando comparados a outros relatos encontrados na literatura para esta mesma população. Como no estudo transversal de base populacional descrito por Alexandre et al (2019), que se propôs a estudar 1.168 idosos residentes na comunidade residentes no município de São Paulo pertencentes a terceira onda do estudo SABE (Saúde, Bem estar e Envelhecimento) em 2010. A média etária da população foi de 69,8, foi avaliada massa muscular, força muscular, atividade física pelos critérios do IPAQ o qual evidencia apenas 4,8% da população como sarcopênica.

A sarcopenia não compreende apenas fatores metabólicos e patológicos, mas é uma síndrome de múltiplas facetas que engloba condições sociodemográficas, comportamentais, econômicas e sociais (OMS, 2017). Por esses diversos fatores a associação da variável Sarcopenia ao desfecho final correlacionada à QV nos mostra que quanto maior o índice de sarcopenia, as participantes apresentam tendência de melhora de QV sendo provável a relação de que a idosa sarcopênica não demonstra nenhum tipo de deformidade física ou dor intensa que interfere significativamente na QV da mesma.

Em termos gerais os idosos entrevistados não possuíam vícios recorrentes de tabaco e

álcool. Garbaccio et al (2018) investigou a qualidade de vida de 182 idosos residentes da zona rural em 4 municípios da região centro oeste de Minas Gerais, o qual constatou morar acompanhado e não fumar associa-se a uma melhor qualidade de vida. O que reforça os achados neste estudo onde as idosas que vivem com companheiro têm melhorar Q.V e quanto ao uso de tabaco, 72,09% das participantes do grupo UNATI, e 96,30 do grupo UATI não apresentou dependência ao fumo.

A variável atividade física (insuficientemente ativos UNATI, 55,81% e UATI, 74,07%) pode se correlacionar a um estudo realizado em Palmas/PR, o qual analisou uma mostra de 497 idosos (358 residentes no meio urbano e 139 no meio rural), onde 51,7% dos idosos residentes no meio urbano são classificados como insuficientemente ativos ou sedentários (RIBEIRO, FERRETTI e SÁ, 2017). Buscaram-se correlações em estudos que utilizaram o mesmo critério de avaliação que o estudo presente (IPAQ). Porém a grande maioria dos estudos encontrados diverge dos dados encontrados. Oliveira e colaboradores (2017) encontraram 88,9% da amostra avaliada como ativos.

Sabendo que é comum ocorrer diminuição de níveis de atividade física nessa faixa etária (WARBURTON e BREDIN, 2016). Diante desse fato evidente, as UATIs devem estimular a prática de atividade física, visto que um estilo de vida ativo tem tendência a proporcionar melhor qualidade de vida ao indivíduo (SATARIANO, et al, 2012).

Além dos fatores individuais e heterogêneos característicos dos grupos, a participação dos idosos em um grupo de atividades permite melhor convivência e aumenta os índices de satisfação pessoal, tendo como efeito positivo a atividade física e a relação social (STIVAL, 2014). As características levantadas pelas entrevistas evidenciam a correspondência das relações comportamentais com a satisfação dos entrevistados.

Uma das limitações para inferências e para traçar categorias significativas é a quantidade de entrevistados, quanto menor o grupo, mais difícil torna-se caracterizar quais fatores influenciam diretamente no aumento da QV. Pereira (2013) destaca em seu estudo a mesma dificuldade e a descreve como característica de grupos de convivência, sendo seu estudo feito nas dependências do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. O autor também destaca a importância de reconhecer, dentro desse contexto a heterogeneidade do grupo estudado.

5.2 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL – BREF)

O WHOQOL- bref classifica-se como um instrumento de propriedades psicométricas satisfatória na investigação da qualidade de vida dos idosos brasileiros.

No presente estudo 48,84% das mulheres da UNATI e 62,96 das participantes do grupo UATI avaliaram seu estado de saúde como boa. Considerando que apenas 4,65% e 14,81% respectivamente dizem ter 3 ou mais patologias, para as quais fazem uso de medicamentos. Esse resultado, porém contradiz com o estudo desenvolvido por Vagetti e colaboradores (2013) que ao analisar um grupo de 450 idosas de Curitiba, PR demonstraram uma elevada prevalência (82,9%) das entrevistadas tinham uma percepção de saúde negativa. Tal fato pode ter sido evidenciado pelo fato das idosas terem uma condição socioeconômica precária e de baixa escolaridade.

No estudo supracitado também chama atenção que os domínios físico e meio ambiente tiveram associação de maior magnitude em percepção negativa, o que demonstra inversão no presente estudo quanto ao grupo UATI, o qual remete o domínio meio ambiente o mais elevado, sendo que este está diretamente interligado com a segurança física e a proteção, o ambiente do lar, os recursos financeiros, os cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades e participação em recreação e lazer (FLECK, 2000). A participação social mensura a satisfação com a participação em atividades rotineiras, e em comunidade (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI; 2006). Observa-se que idosos que apresentam escores inferiores de QV apresentaram menor autoestima. O envolvimento em atividades no meio social pode oferecer benefícios em aspectos físicos, cognitivos, funcionais e na própria longevidade. (NERI; VIEIRA; 2013). Observando os escores apresentados e as características dos grupos entrevistados, reforça-se o indício de que a participação nos grupos aumenta a QV, uma vez que os índices apresentados no presente estudo são altos e sua participação no grupo é contínua.

Considera-se que as redes de apoio social, como os grupos de convivência são muito importantes na velhice, corroborando com o estudo de Schoffen e Santos (2018) que analisaram um grupo de 15 idosos com 60 anos ou mais que participavam do programa Melhor Idade desenvolvido em uma instituição privada localizada em um município de Goiás (GO) e observaram que ter um grupo de referência, onde possam ser compartilhados sentimentos, conhecimentos, entre outros proporciona suporte emocional e motivação para traçarem objetivos de vida e poder realiza-los.

O trabalho do grupo promove autonomia e independência ao participante, nos grupo ocorrem ações pedagógicas e ao mesmo tempo terapêuticas, favorecendo a promoção de saúde.

Segundo Reppold, Serafini e Menda (2014) a Q.V inclui indicadores sociais a aspectos palpáveis da vida, envolvendo aspectos objetivos e subjetivos.

Nossos dados sugerem que grande parte dos idosos busca o grupo principalmente com o intuito de socializar. A importância do lazer para o idoso existe em virtude do aumento do tempo livre, pois é por meio deste que encontram motivação e satisfação em viver mais e com qualidade.

Por meio dos encontros os idosos resgatam a autoestima, a capacidade de enfrentar problemas e veem a velhice com mais sentido, fazendo-os viver com mais intensidade. O vínculo criado é ingrediente fundamental na relação das idosas que frequentam o mesmo grupo. Dessa forma o grupo de convivência representa lugar de humanização e entendimento, uma vez que envelhecer faz parte do ciclo da vida. O ser humano não somente necessita envelhecer da maneira saudável, como também com segurança, sentindo-se ativo e fazendo parte do convívio social, são esses fatores que irão garantir qualidade de vida e uma velhice bem sucedida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sociodemográfico, a feminização e a predominância de faixa etária entre 60 e 79 anos é fator prevalente nos grupos de convivência.

Os grupos se diferem entre si em relação ao nível socioeconômico e tempo de estudo. No entanto, muito se assemelham nas variáveis relacionadas à saúde, onde há prevalência de sobrepeso, obesidade e elevado índice de sarcopenia entre as participantes.

Os resultados permitem verificar que as variáveis que tiveram maior associação ao desfecho Q.V foram às sociodemográficas e relacionadas à saúde e a que menos apresentou correlação foram as comportamentais.

Os principais fatores que influenciaram negativamente a Q.V relatado no grupo UNATI estão a pouca facilidade de aprender e memorizar coisas novas, bem como a dificuldade de concentração, enquanto a queixa do grupo UATI relata algum tipo de dor ou desconforto.

Espera-se que os resultados desse estudo possam alavancar demais pesquisas sobre a temática abordada, avaliando grupos de idosos com maior número de participantes e características diversificadas.

7. REFERENCIAS

- ALEXANDRE, T.S.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no município de São Paulo – Estudo SABE. *Rev. Bras. Epidemiol.*v.21, SP, 2018 epub Feb04, 2019.
- ARAÚJO, I; JESUS, R; ARAÚJO, N; RIBEIRO, O. Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermagem Universitária.* V.14, n. 02, p. 97-103, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- BÜHLER, C. The curve of life as studied in biographies. *The Journal of Applied Psychology,* 19(4), (1935) p. 405-9.
- CHAIMOVICZ, F.A. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v.31, n.02, 1997, p. 184-200.
- CUMMINGS, E. S., & HENRY, W. E. *Growing old: the process of disengagement.* New York: Basic Books, 1961.
- DÁTILO, G.M.P.A; TAVARES, F.C. Percepção da importância da participação de idosos em uma universidade aberta da terceira idade. *Rev. Equilíbrio Corporal e Saúde,* 14(1): 28-41, 2012.
- JUNG, C. G. The stages of life. In J. Campbell (Ed.), *The portable Jung.* New York: Viking. 1971, p.3-22
- FERNANDES, I.S.N.;MEZZOMO, M.T.R. Estado Nutricional de Participantes de um Centro de Atividades para Idosos em Colombo, PR. *RASBRAM – Rev. Da Assoc. Bras. De Nutrição.* SP: ano.8, n.1,p.46-51, 2017.
- FLECK M.P.A. *A avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Artmed; 228p, 2008.
- FLECK, M. P.A. O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva,* 5(1):33- 38, 2000.
- FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.33, n.2, p.198-205, 1999.
- FORMOSA, Marvin. Lifelong learning in later life: the Universities of the Third Age. *Lifelong Learning Institute Review,* Maine, v. 5, p. 1-12, 2010.
- GARBACCIO, J.L.; TONACO, L.A.B.; ESTÊVÃO, W.G.; BARCELOS, B.J.; Envelhecimento e Qualidade de Vida de Idosos Residentes da Zona Rural. *Rev. Bras. Enferm,* v.71, n.2, p. 776 – 784, 2018.
- HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANLIN, B. A. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.,* v. 39, n. 8, p. 1423-34, 2007.
- AVIGHURST, R. J. *Developmental tasks and education.* New York: Longman Green.1951.
- INOUYE, K.; ORLANDI, F.S.; PAVARINI, S.C.L.; PEDRAZZANI, E.S. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. *Rev. Educ. Pesqui.* São Paulo, v. 44, 2018.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Expectativa de vida do brasileiro ao nascer foi de 75,8 anos em 2016. Disponível em: <https://www.brasil247.com/pt/247/brasil/329935/IBGE-expectativa-de-vida-do-brasileiro-ao-nascer-foi-de-758-anos-em-2016.htm> Acesso em: 30 de Agosto de 2018.
- LANA, D.C.P. Perfil clínico e sócio demográfico dos idosos participantes de um programa de universidade aberta ao idoso. **Revista Sinapse Múltipla**, v. 7, n. 2, p.206-210, dez, 2018.
- LE PHAM, P.D.; VO, T.Q. Assessment of psychometric properties of WHOQOL-OLD instrument: a literature review. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Research*, Baltimore, v. 4, n. 4, p. 53-66, 2015.
- A, F.K.S.M.; PIETSAK, E.F. Saúde do idoso: Atividade Física, alimentação e Qualidade de Vida. *Revista Extendere*. V.4, n.1, 2016.
- MASUD, C.H; TUNG, R.L. The aging of the world's population and its effects on global business. *Acad Manag J. Perspect*. 28: 409-429, 2014.
- MINAYO, M.C.S; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- NERI, A.L. Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas e sociológicas. 3 ed. Papirus Campinas, SP, 2001.
- OLIVEIRA, I.T; MENDES, M.F. A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007. *Análise social*, v. XLV, (194), 115-138, 2010.
- OLIVEIRA, D.V; BRITO, R.L; ANTUNES, M.D; JUNIOR, J.R.do N; MOREIRA, C.R; OLIVEIRA, D.C; LIMA, M.C.C;BERTOLINI,S.M.M.G; CAVAGLIERI, C.R. Prática de atividade física por idosos frequentadores de unidades básicas de saúde. *Rev. Geriatr. Gerontol. Aging*. 11(3), p.116-123, 2017.
- OLIVEIRA, M.J.I; SANTO, E.E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), expectativa de vida (2016). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5102:oms-expectativa-de-vida-subiu-5-anos-desde-2000-mas-desigualdades-na-saude-persistem&Itemid=839, acesso em 30jun.2018.
- _____. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 30 jun. 2018.
- _____. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã, 2011. Disponível em: endereço < http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf> acesso em 30 jun. 2018.
- _____. Caderno do idoso – Secretaria de Estado de Saúde/PR, 2017. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apostila_Idoso241017.pdf> acesso em 01 de nov. 2019.
- PEDROSO, B.; PILATTI, L. A. Avaliação de indicadores da área da saúde: a Qualidade de Vida e suas variantes. *Revista eletrônica FAFIT/FACIC*, v. 01, n. 01. 2010.
- RIBEIRO, C.G; FERRETTI, F; SÁ, C.A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, 20(3), p.330-339, 2017.
- SATARIANO, W.A; GURALNIK, J.M; JACKSON, R.J; MAROTTOLI, R.A; PHELAN, E.A; PROHASKA, T.R. Mobility and Aging: New directions for public Health Action. *Am. J. Public Health*, 102(8), p.1508-1515, 2012.
- SOBREIRA, F.M.M. SARMENTO, W.E.; OLIVEIRA, A.M.B. Perfil epidemiológico e sócio-demográfico de idosos frequentadores de grupo de convivência e satisfação quanto à participação no mesmo. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(4):429-438, 2011. Apud

- in Zappellini A. et al. Atividade Física relacionada aos sintomas depressivos e estado cognitivo de idosas. *Revista Saúde e Pesquisa*, 10(3) 493-500, setembro/dezembro(2017).
- SOUSA L, GALANTE H, FIGUEIREDO D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003.
- SOUZA, M. A. DE; STANCATO, K. Avaliação da Qualidade de Vida dos profissionais de saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 5, n. 4, p. 886–895, 2011.
- SUZUKI, C.S; MORAES, S.A; FREITAS, I.C.M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 311-320, 2011.
- TAVARES, D.M.S; MATIAS, T.G.C; FERREIRA, P.C.S; PEGORARI, M.S; NASCIMENTO, J.S; PAIVA, M.M. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11), 2016.
- VAGETTI, G.C.; MOREIRA, N.B.; FILHO, V.C.B.; OLIVEIRA, V.; CANCIAN, C.F.; MAZZARDO, O.; CAMPOS, W. Domínios da qualidade de vida associada à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Rev. Ciência e Saúde coletiva*, 18(12), p. 3483-3493, 2013.
- VERAS, R.P; RAMOS, L.R; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, 21(3): 225-33, 1987.
- WARBURTON, D.E; BREDIN, S.S. Reflections on Physical Activity na Health: What Should We Recommend? *Can. J. Cardiol.*32(4),p.495-504, 2016.
- WICHMANN, F.M.A, COUTO, A.N. AREOSA, S.V.C.,MONTA-ÉS, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*; 16(4):821-32, 2013.
- WHOQOL. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.
- FLECK MPA, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista Saúde Pública**. 2006; 40(5):785-791.
- FLECK M. P. A., LOUZADA S., XAVIER M., CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
- MELO, N.C.V.et al. Perfil clínico e sócio demográfico dos idosos participantes de um programa de universidade aberta ao idoso. *Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica*, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.
- NERI A. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2000.
- NERI A.L., VIEIRA L. A. M. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. [online] 2013 [acesso em 5 de agosto de 2019]; 16(3):419-432. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300002.
- PEIXOTO M., LIMA L. C. V., BITTAR C. M. L. Percepções sobre qualidade de vida entre idosos que participam de uma Universidade Aberta para maturidade. *Acta Scientiarum – Human and Social Sciences* 2017;39(2):209-216.
- PEREIRA R. J. COTTA R. M. M. FRANCESCHINI S. C. C. RIBEIRO R. C. L. SAMPAIO R. F. PRIORE S. E. CECON P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do RS* jan/abr 2006;28(1):27-38.

- REPPOLD, C. T.; SERAFINI, A. J.; MENDA, S. C. In Claudio. S. Hutz. (Org.). Avaliação em Psicologia Positiva. Porto Alegre: Artmed. P. 121-146, 2014.
- SERBIM A. K, FIGUEIREDO A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência Scientia Medica (Porto Alegre) 2011; volume 21, número 4, p. 166-172.
- SERBIM A. K., FIGUEIREDO A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. Scientia Medica [online] 2011. Acesso em 07 de agosto de 2019; 21(4):166172. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/9405/726>.
- STIVAL M. M. LIMA L. R. FUNGHETTO S. S. SILVA A. O. PINHO D. L. M. KARNIKOWSKI Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2014; 17(2):395-405.
- TAVARES D. M. S. MATIAS T. G. C. FERREIRA P. C. S. PEGORARI M. S. NASCIMENTO J. S. PAIVA M. M. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. Ciência & Saúde Coletiva, 2016.
- VITORINO L. M. PASKULIN L. M. G. VIANNA L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2013.
- ZANESCO, C. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos. Rev. Bras. geriatr. gerontol Rio de Janeiro, v.21 n.3, 2018.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Qualidade de Vida e Fatores Associados em Idosas Participantes de Grupos da Terceira Idade da Unicentro, 2019** de Marciane Conti Zornita, mestranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (UNICENTRO), sob orientação do Prof. Dr. Cláudio Shigueki Suzuki, que irá investigar a Qualidade de Vida e a importância da participação de idosas nos grupos da Universidade aberta à terceira idade no município de Irati (UATI) e no município de Guarapuava (UNATI) em 2018.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido Pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 2.907.838

Data da relatoria: 20/09/2018

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você responderá primeiramente um questionário sobre informações pessoais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, uso de medicação); posteriormente, serão coletados os dados referentes à prática de atividade física e por último o instrumento de avaliação para a Qualidade de Vida.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista ou a aplicação de algum questionário.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O(s) procedimento(s) utilizado(s), como a entrevista (aplicação de questionários) poderão trazer algum desconforto, como o constrangimento com alguma pergunta. Se o Sr(a) precisar de algum tratamento, orientação ou encaminhamento para algum profissional ou serviço de saúde por se sentir prejudicado devido a participação na pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita, envolvendo desde transporte, atendimento com profissionais e medicamentos.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de promover a melhora nos hábitos e conseqüentemente na Qualidade de Vida nos participantes dos grupos da Universidade aberta à terceira idade, através da estruturação de programas e serviços que atendam integralmente tal população.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por meio de entrevistas, ou relatos de pessoas de seu convívio, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus dados pessoais e respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários ou ficha de registro de dados, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Marciane Conti Zornita
Endereço: Arthur Menarim, 388, Boqueirão –Guarapuava/PR
Telefone para contato: (42) 99915-7676
Horário de atendimento: 9h às 12h – 14h às 17h

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

=

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXO II

**ROTEIRO DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E
RELACIONADO À SAÚDE.**

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____ data da entrevista: _____

DADOS PESSOAIS			
Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?	____/____/____	O(a) Sr(a) foi à escola?	Não () Sim.. ()
Sexo	Masculino 0 () Feminino 1 ()	Quantos anos COMPLETOS de estudo o(a) Sr(a) tem? Se <1 ano = 0	
Estado Marital	Vive com companheiro 1 () Vive sem companheiro 0 ()	No total, quanto o(a) Sr(a) ganha por seu trabalho principal e por outros que realiza?	Renda:
Número de Filhos		Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?	N _____
A quanto tempo o (a) Sr (a) está inserido no Projeto/Instituição?	Meses[anos	No total, qual é a renda conjunta da sua família?	Renda: _____ _____, _____
Profissão que exerce na Instituição		No total, quantas pessoas que moram nessa residência dependem da renda	

ESTADO DE SAÚDE

MEDICAMENTOS : eu gostaria de anotar os remédios que o(a) sr(a) está tomando ou usando NOS ÚLTIMOS 15 DIAS.			
Não toma remédios () (Encerre esta parte da entrevista)		Sim () (Vá para 2)	
Nome	Quem receitou? Médico(1)Farmacêutico(2) Enfermeira(3) O próprio(4) Outro(5)	Tempo de uso	Como adquiriu? Comprou(1) Gratuitamente nos pontos de distribuição(2) Outro(3)
HÁBITOS DE VIDA – FUMAR O(a) Sr(a) tem ou teve o hábito de fumar?			
Sim, 3 ()	Em média, quantos cigarros, o (a) Sr(a) fuma por dia? Cigarros _____ por dia Charutos _____ por dia Cachimbos _____ por dia	Em média, há quanto tempo o(a) sr(a) fuma? excluindo o tempo em que interrompeu o hábito. _____Anos _____Meses	
Já fumou, mas não fuma mais..1 ()	Em média, quantos cigarros, o (a) Sr(a) fumava por dia? Cigarros _____ por dia Charutos _____ por dia Cachimbos _____ por dia	Em média, por quanto tempo o (a) sr(a) fumou? Por favor, considere tempo efetivo de fumo, excluindo o tempo em que interrompeu o hábito. _____Anos _____Meses	
Nunca fumou. 0 ()			
Fuma ocasionalmente (1 no mês) 2 ()			

Como o(a) sr(a) considera seu estado de saúde hoje?	Excelente .0 () Bom 1 () Regular .2 () Péssimo 3 ()
Como o(a) sr(a) considera o estado de saúde de seus amigos(as) de sua idade?	Melhor que o seu 1 () Igual ao seu.2 () Pior que o seu .3 ()
Como o(a) sr(a) considera o estado de saúde de sua família?	Melhor que o seu 1 () Igual ao seu.2 () Pior que o seu .3 ()

DOENÇAS: gostaria de saber se alguma vez o MÉDICO falou que o (a) Sr(a) tem ou teve:

() Artrite, reumatismo ou artrose () Bronquite () Asma () Prisão de ventre
() Catarata () Infarto

() Perda de peso () Problema de coluna() Úlcera do estômago () Má circulação() Câncer ou tumor

() Excesso de peso/obesidade() Sífilis() Tuberculose () Lupus () AIDS ()
Derrame (AVC) ()Diabete

Obs.Outras:

HÁBITOS DE VIDA – BEBIDAS ALCOÓLICAS (cerveja, vinho, vodka, cachaça, etc). Gostaria que o(a) Sr(a) respondesse pensano no seu consumo no ÚLTIMO ANO

NO ÚLTIMO Com que frequência o (a) Sr (a) consumiu algum tipo de bebida alcoólica	Nunca.0 () Uma vez ou menos por mês 1 () () De dois a quatro vezes por mês 2 () De duas a três vezes por semana.3 () Quatro ou mais vezes por semana 4 ()
NO ÚLTIMO ANO , quantas doses de bebida alcóolica o (a) Sr (a) tomou, em um dia de consumo normal?	Uma ou duas..0 () Três ou quatro. 1 () Cinco ou seis2 () Sete, oito ou nove3 ()Dez ou +. 4 ()
NO ÚLTIMO ANO , com que frequência o(a) sr(a) toma seis ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia?	Nunca. 0 () Menos de uma vez por mês; 1 () Mensalmente.2 () Semanalmente 3 () Diariamente ou quase diariamente4 ()
NO ÚLTIMO ANO , com que frequência o(a) sr(a) não conseguiu realizar suas atividades por que havia bebido?	Nunca. 0 () Menos de uma vez por mês; 1 () Mensalmente.2 () Semanalmente 3 () Diariamente ou quase diariamente4 ()
NO ÚLTIMO ANO , com que frequência o(a) sr(a) precisou beber em jejum para se recuperar depois de ter bebido muito no dia anterior?	Nunca. 0 () Menos de uma vez por mês; 1 () Mensalmente.2 () Semanalmente 3 () Diariamente ou quase diariamente4 ()
NO ÚLTIMO ANO , com que frequência o(a) sr(a) sentiu arrependimento (remorso) ou	Nunca. 0 () Menos de uma vez por mês; 1 () Mensalmente.2 () Semanalmente 3 () Diariamente ou quase diariamente4 ()

sentimento de culpa depois de ter bebido?	
NO ÚLTIMO ANO , com que frequência o(a) sr(a) não foi capaz de se lembrar o que tinha acontecido no dia ou na noite anterior porque estava bebendo?	Nunca. 0 () Menos de uma vez por mês; 1 () Mensalmente.2 () Semanalmente 3 () Diariamente ou quase diariamente4 ()
O(a) sr(a) ou alguma outra pessoa ficou aborrecido, ofendido ou incomodado porque você havia bebido?	Não 0 () Sim, mas não no último ano.1 () Sim, no último ano.2 ()
Algum familiar, amigo, médico ou profissional de saúde demonstrou preocupação por seu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriram que você parasse de beber?	Não 0 () Sim, mas não no último ano.1 () Sim, no último ano.2 ()
Excluindo o último ano, o(a) sr(a) alguma vez consumiu bebidas alcólicas?	Não. 0 () Sim. 1 () SOMENTE SE PAROU DE BEBER.
Em média, durante quanto tempo o(a) sr(a) bebeu? Por favor, considere o tempo de consumo de bebidas alcoólicas, excluindo as interrupções.	_____Anos._____Meses. SOMENTE SE PAROU DE BEBER.

ANEXO III

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E TESTES DE DESEMPENHO
FÍSICO**

FORÇA DINAMÔMETRO	1.	
	2.	
	3.	

VELOCIDADE DA MARCHA	1.	
	2.	
	3.	

BIOIMPEDÂNCIA	IMC	
	% Gordura	
	% Massa Magra	
	Calorias	
	ID. Metabólica	
	Gordura Visceral	

ALTURA	
PA	
ATIVIDADE QUE REALIZA	

ANEXO IV

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) – VERSÃO CURTA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
 dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?
 horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)
 dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos,
 quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
 horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.
 dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

4. Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

ANEXO V

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? *[Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]*

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

69

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de um vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO VI

WHOQOL – Bref ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO
MUNDIAL DA SAÚDE GENEVRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Titular

Departamento de Psiquiatria e

Medicina Legal Universidade Federal

do Rio Grande do Sul Porto Alegre –

RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua Quantidade de Vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremament e
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição,	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?