SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

JUSSANY BORGES OLIVEIRA CARDOSO

PERCEPÇÕES DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

LAGARTO/SE – 2018

JUSSANY BORGES OLIVEIRA CARDOSO

Orientadora: Prof. Msc. Andrezza Marques Duque

PERCEPÇÕES DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Terapia Ocupacional.

LAGARTO/SE – 2018

JUSSANY BORGES OLIVEIRA CARDOSO

PERCEPÇÕES DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado a aprovado como cumprimento das exigências legais da Resolução 36/2011 CONEPE-UFS do currículo do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, Lagarto/SE.

Lagarto/SE, 25 de abril de 2018.

Avaliadores:

_____

Prof. Msc. Andrezza Marques Duque (DTOL/UFS)
Orientadora

_____

Prof. Msc. Érika Hiratuka-Soares (DTOL/UFS)
Membro da Banca Examinadora

_____

Prof. Msc. Cátia Maria Justo (DMEL/UFS)
Membro da Banca Examinadora

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo identificar a percepção de residentes em instituição de longa permanência para idosos sobre o envelhecimento. Trata-se de um estudo quantitativo, com 25 idosos residentes de uma ILPI no município de Itabaiana/SE. A coleta foi realizada no período de outubro/2017 a janeiro/2018 utilizando-se um roteiro de entrevista estruturado e o questionário sobre percepções de envelhecimento (APQ). Os idosos entrevistados do sexo masculino representaram 48% (n=12) e do feminino 52% (n=13). A média de idade foi de 76,56 (± 8,60) anos, sendo a faixa etária predominante a de 70-79, representando 44% (n=11). Quando analisada a dimensão das consequências positivas do envelhecimento, a média geral foi 3,70 pontos e nas consequências negativas, a média geral foi 3,96 pontos. Com base nos resultados apresentados, pode-se concluir que a auto percepção do envelhecimento pelos idosos residentes na ILPI foi positiva. Acredita-se que os resultados encontrados nesta pesquisa poderão proporcionar a reflexão sobre o envelhecimento através da percepção dos idosos o que poderá contribuir para discussão e compreensão de informações relativas à população idosa.

Palavras chave: Envelhecimento; Idosos; Percepções sobre Envelhecimento.

ABSTRACT

This study aimed to identify the perception of residents in a long - stay institution for the elderly on aging. This is a quantitative study, with 25 elderly residents of a LTIPI in the municipality of Itabaiana / SE. The collection was carried out from October / 2017 to January / 2018 using a structured interview script and the questionnaire on aging perceptions (APQ). The elderly male respondents accounted for 48% (n = 12) and the female 52% (n = 13). The mean age was 76.56 (± 8.60) years, the predominant age group being 70-79, representing 44% (n = 11). When analyzed the dimension of the positive consequences of aging the general average was 3.70 points and in the negative consequences, the overall mean was 3.96 points. Based on the results presented, it can be concluded that the self perception of aging by elderly people living in ILPI was positive. It is believed that the results found in this research may provide reflection on aging through the perception of the elderly, which may contribute to the discussion and understanding of information regarding the elderly population.
Keywords**:** Aging; Elderly; Perceptions on Aging.

PERCEPÇÕES DE RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS SOBRE O ENVELHECIMENTO

PERCEPTIONS OF RESIDENTS IN LONG-STAY INSTITUTIONS FOR ELDERLY ON AGING

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo que acontece de forma natural com algumas alterações físicas, psicológicas e sociais que não dependem apenas de fatores genéticos, mas também de hábitos de vida, condições sociais, econômicas e aspectos culturais (MENDES et al, 2005). Manifesta-se de maneira discreta, no decorrer da vida, sendo a pessoa mais velha definida como idosa quando atinge os 60 anos, independente de seu estado físico, psicológico e social (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Sabe-se que a sociedade passa por diversas transformações em relação às condições de saúde e assistencial, justificadas, sobretudo, pelo número de idosos, no Brasil, que modificou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975 e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2008).

Entretanto, apesar desses avanços, percebe-se que a sociedade ainda não está preparada para acolher o papel social da pessoa idosa pois veem os idosos sem produtividade e em condições dependentes dos familiares. Segundo Floriano (2012) o cuidado ao idoso é prestado geralmente por um cuidador familiar e, às vezes, aqueles idosos que se encontram acamados ou que possuem um declínio da capacidade funcional e, por isso, não conseguem realizar as atividades de vida diária, precisam de um suporte a mais dos familiares.

Face a isto, Camarano e Kanso (2010, p.1) relatam que “embora a legislação brasileira estabeleça que o cuidado dos membros dependentes deva ser responsabilidade das famílias, este se torna cada vez mais escasso, em função da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher - tradicional cuidadora - no mercado de trabalho”.

É nesse sentido que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) assumem a responsabilidade de dividir com as famílias os cuidados com a população idosa. Vários são os motivos que levam o idoso a uma ILPI, tendo destaque a insuficiência familiar, que vem

sendo foco de discussões acerca do cuidado com o idoso, já que, muitas vezes, o lar pode ser um local com situação precária e maus-tratos que comprometem o bem-estar e a vida deles (POLLO; ASSIS, 2008). Ainda nesse contexto, outras razões levam a institucionalização, tais como: dificuldades das famílias em acolhê-los, falta de recursos, abandono pela família, dificuldades de encontrar um cuidador, pobreza e viuvez, além da opção do próprio idoso por se achar um incômodo para a família ou por vislumbrar aquele espaço como potencializador de sua autonomia.

Para a Anvisa, as ILPIs são instituições governamentais ou não-governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Podem ser conceituadas como locais para residência coletiva nas quais pessoas com idade avançada buscam a proteção e o amparo que, frequentemente, não encontraram no seu ambiente familiar e social. O caráter atribuído, por muitos anos, foi de um local precário e ligado à degeneração da velhice, onde o abandono era a característica mais evidente, podendo estas questões também estar ligadas a falta de legislação para manutenção das mesmas (MICHEL, 2010).

A legislação que regulamenta as ILPIs é recente, sendo um marco importante a RDC nº 283 de 2005, que estabelece como objetivo o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (BRASIL, 2005), assegurando os critérios para o funcionamento das mesmas e garantindo que elas devem propiciar o exercício dos direitos humanos, civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais de seus residentes.

Dentro da instituição, os idosos devem ter assistência necessária e os seus direitos garantidos de acordo com a Política Nacional da Pessoa Idosa. Para os idosos institucionalizados há uma ruptura da família, do ambiente em que estão acostumados a viver e das rotinas, sendo uma grande limitação para aqueles idosos que desejam realizar algumas atividades (OLIVEIRA et al,2006).

Diante de tantas mudanças decorrentes do processo de envelhecimento e das modificações decorrentes do processo de institucionalização, observa-se que alguns idosos apresentam uma perspectiva positiva do seu próprio processo de envelhecimento, associando sentimentos como aceitação e alegria à velhice, e outros, porém, reagem negativamente às

modificações que ocorrem com o avançar da idade (OLIVEIRA et al, 2014). É nesse sentido que este trabalho teve por objetivo identificar a percepção de residentes em instituição de longa permanência para idosos sobre o envelhecimento.

2 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo, de corte transversal. Conforme Klein e Bloch (2009), os estudos transversais se caracterizam pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Permitem produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade baseados na avaliação individual, possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Este tipo de desenho tem como vantagens o baixo custo, a simplicidade analítica e o alto potencial descritivo, fornecendo subsídios ao planejamento de ações e serviços em saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

A pesquisa foi realizada no município de Itabaiana/SE, em uma Instituição de Longa Permanência para idosos (ILPI), entidade filantrópica, sem fins lucrativos, que foi fundado em janeiro de 2003 tendo como finalidade acolher os idosos a partir de 60 anos.

Atualmente a instituição abriga 70 idosos, de ambos os sexos, sendo 42 mulheres e 30 homens, entre 60 e 99 anos. Alguns idosos são dependentes e necessitam de assistência, já outros são ativos e participam de todas as atividades ofertadas pela instituição, que inclui atividades lúdicas, visitas dos familiares, grupos de oração e missas aos domingos.

A população de referência do estudo foram indivíduos a partir dos 60 anos de idade, de ambos os sexos, residentes da Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sendo excluídos os idosos que apresentaram comprometimento cognitivo através da análise pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Dessa forma, foram entrevistados 25 idosos, sendo 13 do sexo feminino e 12 do masculino. Os idosos que não participaram da pesquisa, apresentavam comprometimento cognitivo, encontraram-se com limitações importantes ou se recusaram a participar.

A coleta foi realizada no período de outubro de 2017 a janeiro de 2018 utilizando-se um roteiro de entrevista estruturado com perguntas mistas (abertas e fechadas) construído pelas pesquisadoras. As perguntas relacionam-se aos dados sociodemográficos, condições de saúde, funcionalidade e conhecimentos dos direitos dos idosos. Para a investigação da

percepção sobre o envelhecimento foi utilizado o “questionário sobre percepções de envelhecimento (APQ)”. Trata-se de um instrumento multidimensional de mensuração que tem sido amplamente utilizado e foi desenvolvido na Irlanda por Barker et. al (2007), e tem se mostrado como um bom preditor de um envelhecimento bem-sucedido. Ele objetiva avaliar a autopercepção do envelhecimento a partir do Modelo de Autorregulação (SRM), onde a partir dele o indivíduo forma uma representação de sua doença a partir das dimensões de identidade, cronologia, consequências, controle, causas e representações emocionais.

Deste modo, o APQ avalia o envelhecimento a partir de oito dimensões , onde sete são relacionadas intrinsecamente ao próprio envelhecimento (parte A do questionário) e a oitava está relacionada as doenças do indivíduo (parte B do questionário). Sua pontuação se dá dentro de um escore de 1 a 5 a cada questionamento, sendo o menor valor “discorda totalmente” e o maior valor “concorda totalmente”. Esta medida foi escolhida por ter sido validada no Brasil, ser amplamente utilizada e por ter propriedades de reprodutibilidade permitindo seu uso no nosso meio e demonstrando ser um instrumento fidedigno as necessidades da pesquisa. Os idosos apresentaram dificuldades ao responder ao questionário pois a grande maioria tem até três anos de estudo.

Após a coleta dos dados, o preenchimento dos formulários foi revisado para que pudessem ser identificadas incoerências sendo, posteriormente, digitado no programa Excel da Microsoft. Foi realizada uma análise individual das variáveis, através das medidas de frequência, proporção e média, visando à descrição de como se encontraram distribuídas na população de estudo.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário de Aracaju – Universidade Federal de Sergipe, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque, sendo aprovado conforme o parecer 2.176.372. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi assegurado verbalmente, o esclarecimento das dúvidas, os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, caso o participante julgasse necessário.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As variáveis na Tabela 1 referem-se aos dados sóciodemográficos dos idosos residentes na ILPI. Os entrevistados do sexo masculino representaram 42% (n=12) e do sexo feminino 58% (n=13). Estudos mostram que o sexo feminino é predominante e pode estar relacionado ao menor índice de mortalidade entre as mulheres, justificado, sobretudo, por procurarem mais assistência médica do que os homens e por se envolverem em menores situações de risco (FIGUEIREDO et al, 2007).

A média de idade foi de 76,56 (± 8,60) anos de idade, ultrapassando os valores da expectativa de vida brasileira, sendo a faixa etária predominante a de 70-79, representando 44% (n=11) e o menor número foi de 90 anos ou mais com 16% (n=4). Assim, de acordo com o IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2017, a expectativa de vida média foi de 75,5 anos o que se traduz em desafios para toda a sociedade.

A média de anos que os idosos estão na ILPI foi de 5,39 ± 3,23 anos. Dentro da instituição os idosos são acompanhados pela equipe multiprofissional que tem um olhar do cuidado mais amplo, considerando sua multidimensionalidade e compreendendo seus contexto familiar, cultural, histórico e social (QUADROS; PATROCINIO, 2015).

Sabe-se que a vivência dentro da instituição é um grande desafio, pois os idosos precisam se deparar com algumas transformações no estilo de vida, relacionando-se com a falta de casa, diminuição das atividades de vida diária além da perda de privacidade, necessitando-se de um processo de adaptação em um ambiente desconhecido que agora vai ser o seu lar (JUNIOR & TAVARES, 2005).

A maioria eram católicos 88% (n=22) e o estado civil predominante foi viúvos, representando 56% (n=14), seguido dos separados(a) ou divorciados(a) 40% (n=6). Galicioli (2012) aponta que a religiosidade pode ser considerada como um recurso para os idosos lidarem com situações consideradas difíceis pelos indivíduos, sendo que uma delas é a viuvez. Este é um grande desafio para os companheiros que, às vezes, não estão preparados para sentimentos como tristeza, solidão e desamparo.

Em relação à escolaridade, níveis de instrução mais prevalentes foram os que frequentaram até três anos de estudo, representando 52% (n=13) e os que nunca estudaram/analfabetos 36% (n=9) e apenas 12% (n=3) estudou entre quatro e dez anos de

estudo. Sendo assim, observou-se baixo nível de escolaridade entre os idosos entrevistados, que pode ser justificado pelo fato de, nas décadas anteriores, as pessoas não terem muito acesso a educação e nem oportunidade, pois entravam no mercado de trabalho para poder sustentar a família (SCHREINER; SACCOL, 2015).

Sugere-se, também, que o baixo grau de escolaridade possa estar relacionado as condições financeiras dos idosos, já que os resultados encontrados na pesquisa sobre a situação na previdência apontou que 92% (n=23) dos idosos são aposentados e 96% (n=23) recebem uma renda individual de um a dois salários mínimos. Nessa perspectiva, a aposentadoria é a principal fonte de renda, além de uma possibilidade de maior segurança financeira na vida dos idosos (OLIVEIRA, 2014).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos idosos residentes na instituição, Itabaiana/SE, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	12	48,00
Feminino	13	52,00
Idade		
Média ±desvio padrão	76,56 ± 8,60	
Faixa Etária		
60 – 69 anos	5	20,00
70 – 79 anos	11	44,00
80 – 89 anos	5	20,00
90 anos ou mais	4	16,00
Tempo na ILPI (em anos)		
Média ±desvio padrão	5,39 ± 3,23	
Religião		
Católica	22	88,00
Não tem	3	12,00
Estado Conjugal		
Casado (a) ou união estável	1	4,00
Nunca se casou (a)/Solteiro	4	16,00
Viúvo (a)	14	56,00
Separado (a) ou divorciado (a)	6	24,00
Escolaridade		
Nunca estudou /Analfabeto	9	36,00
Até 3 anos de estudo	13	52,00
Entre 4 e 10 anos de estudo	3	12,00
Situação Previdenciária		
Aposentado(a)	23	92,00
Pensionista	1	4,00
Benefício	1	4,00
Renda Individual		
Menos de um salário mínimo	0	-
De um a dois salários mínimos	24	96,00
De dois a quatro salários	0	-
Mais de quatro salários	1	4,00
TOTAL	**25**	**100**

Na Tabela 2 as variáveis incluem as condições de saúde, funcionalidade e conhecimento dos direitos dos idosos residentes na instituição. Em relação às condições de saúde, verificou-se que a maioria dos idosos percebia sua condição de saúde como regular 56% (n=14). A auto avaliação negativa está relacionada à diminuição da capacidade funcional e condições crônicas de saúde (FERNANDES et al, 2015). Estudos realizados nas ILPIs mostraram que, aproximadamente 63% dos indivíduos analisados consideraram sua saúde como ruim, observando-se que há diversos fatores como genéticos, físicos, psicológicos, sócio demográficos, econômicos e culturais, que afetam a percepção da saúde dos idosos e podem interferir em sua qualidade de vida, sendo estes os pontos que se tornam imprescindíveis para os índices de morbimortalidade (ROIG et al, 2016).

As morbidades crônicas mais prevalentes encontradas na pesquisa foram hipertensão 64% (n=16) e diabetes com 48% (n=12). Salienta-se que essa variável pode ser cumulativa, uma vez que alguns idosos relataram ter mais de um tipo de morbidade crônica. Estudos tem demostrado um aumento de idosos com hipertensão e diabetes, sendo associadas, sobretudo, a fatores de risco como estilo de vida e hábitos alimentares, o que aumenta a prevalência de ocorrência de doenças cardiovasculares que podem trazer incapacidades na vida do idoso (PILGER; MEON; MATHIAS, 2011).

Destaca-se que o uso de medicamentos foi bastante elevado, pois, 92% (n=23) dos idosos utilizavam medicamentos e com uma média de 2,36 ± 1,15 medicamentos por dia. Os idosos costumam usar mais medicamentos do que pessoas de outra faixa etária por adquirir doenças crônicas durante o processo de envelhecimento. O uso de múltiplos medicamentos é frequente entre os idosos, que, apesar de necessário, na maioria das vezes, predispõe a riscos em relação aos efeitos adversos. Além disso, é comum encontrar prescrições, dose e indicações inadequadas, além do uso medicamentoso sem valor terapêutico o que pode gerar sérias consequências para os idosos (CAVALCANTI et al,2009; SANTOS et al, 2013).

Acerca do desempenho nas Atividades de Vida Diária 48% (n=12) eram independentes, 48% (n=12) dependentes parcialmente e 4% (n=1) dependente. Sobre isto, torna-se importante destacar que a institucionalização pode ocasionar uma perda significativa para os idosos e uma grande limitação para aqueles idosos que desejam realizar algumas atividades do cotidiano (CARDOSO et al, 2017).

Um ponto que merece ser evidenciado foi que 88% (n=22) disseram não ter o conhecimento sobre os seus direitos assegurados pelo Estatuto do idoso, indicando semelhança com o estudo de Silva (2013) que pesquisava o nível de conhecimento de idosos sobre o Estatuto do Idoso e identificou que a maioria dos participantes desconhecia a lei, evidenciando uma associação entre escolaridade e conhecimento sobre o mesmo. Portanto, destaca-se que para que os direitos dos idosos sejam valorizados é necessário, antes de tudo, que se conheça sobre eles para que possam ser garantidos como preconiza a lei.

Tabela 2. Perfil das condições de saúde, funcionalidade e conhecimento dos direitos dos idosos residentes na instituição, Itabaiana/SE, 2018.

Variáveis	**N**	**%**
Saúde auto percebida		
Excelente	1	4,00
Muito boa	1	4,00
Boa	4	16,00
Regular	14	56,00
Ruim	5	20,00
Morbidade crônica referida*		
Hipertensão	16	64,00
Infarto	1	4,00
Insuficiência cardíaca	1	4,00
Pneumonia	2	8,00
Asma	1	4,00
Enfisema	1	4,00
Câncer	1	4,00
Artitre/Osteoartrite	6	24,00
Osteoporose	1	4,00
Fraturas	3	12,00
Diabetes	12	48,00
Deficiência visual	2	8,00
Deficiência auditiva	4	16,00
Uso de medicamentos		
Sim	23	92,00
Não	2	8,00
Quantidade de medicamentos		
Média ±desvio padrão	2,36 ± 1,15	
Desempenho nas Atividades de Vida Diária		
Independente	12	48,00
Dependente parcialmente	12	48,00
Dependente totalmente	1	4,00
Conhecimento dos direitos		
Sim	3	12,00
Não	22	88,00
TOTAL	**25**	**100**

*Essa variável pode ser cumulativa, uma vez que alguns idosos relataram ter mais de um tipo de morbidade crônica.

Na Tabela 3 os resultados são das experiências dos participantes de mudanças relacionadas à saúde e atribuição de mudanças experientes ao envelhecimento, conforme o

questionário sobre percepção do envelhecimento (APQ) dos idosos residentes na instituição. No APQ observam-se as sete dimensões, onde a primeira refere-se a duração crônica, que está relacionada a consciência do indivíduo acerca do envelhecimento e que, obteve-se a média geral de 3,68, tendo destaque os itens “Sempre me classifico como velho(a)”, representando a média por item de 2,48 e “Estou sempre consciente da minha idade” com a média de 4,20.

Esses valores podem ser motivados pelas afirmações de Luz e Amatuzzi (2008) que citam que o idoso tem capacidade para mudar as situações e pensamentos ao decorrer de sua vida e para mudar a si mesmo, podendo se sentir realizado pelas conquistas e experiências vividas e a maneira de auto aceitação do envelhecimento (LUZ; AMATUZZI, 2008).

Quando analisada a dimensão das consequências positivas – que se relaciona ao indivíduo perceber sobre o impacto que o envelhecimento pode ter em sua vida em formas positivas – a média geral foi 3,70 pontos, e os itens “À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa”, demonstrou uma média satisfatória de 4,16 e “À medida que envelheço, aprecio mais as coisas” com média3,64 pontos.

Já na dimensão negativa, a média geral foi 3,96 e no item “Envelhecer limita as coisas que posso fazer” a média foi 4,16 pontos. As consequências negativas estão relacionadas as limitações nas atividades de vida diária, assim diminuindo a capacidade funcional para uma vida independente e autônoma (COUTINHO, 2012). Nesse sentido, a velhice é uma construção daquilo que o idoso já viveu e isso merece ser respeitado, pois cada um tem sua particularidade e maneiras de enxergar o seu próprio envelhecimento (OLIVEIRA et al, 2014).

A dimensão “representações emocionais” está relacionada a resposta emocional induzida pelo envelhecimento, através de sentimentos negativos de raiva, medo, depressão, ansiedade, preocupação e tristeza. Nesta dimensão os idosos apresentaram uma média geral de 2,64, sobressaindo-se o item “Fico brabo/a quando penso em envelhecer” com média de 1,92 pontos, demonstrando não ser um fator que interfere no processo do envelhecimento dos idosos investigados.

Na análise do “controle positivo” – maneiras que os indivíduos lidam com o processo de envelhecimento de forma positiva – a média foi de 3,72, sobressaindo-se os itens “Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos” com média 4,16 e “Se eu vou

continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim" com 3,96. E, no "controle negativo" – é a maneira que o indivíduo perceber o processo de envelhecimento de forma negativa – a média geral foi de 3,21, tendo os itens "Envelhecer limita as coisas que posso fazer" "À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividade", 4,16 e 4,08 pontos, respectivamente.

Na duração cíclica, consciência de que o indivíduo está envelhecendo, a média foi 3,01, sendo os itens "Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos", média de 3,24 e "Passo por fases em que me sinto velho/a" 2,80, os que mais chamaram atenção apontando que o idoso reconhece o processo de envelhecimento como algo que vai acontecer de forma natural e com todos.

A percepção do envelhecimento é um bom indicador de um envelhecimento bem-sucedido. Estudos abordando a percepção sobre envelhecimento mostram que uma idade subjetiva jovem e uma alta satisfação com o envelhecimento estão associadas à boa saúde e altos níveis de bem-estar (ROCHA, 2014).

A velhice é uma fase do desenvolvimento humano tão importante quanto às outras e, por isso, merece respeito quanto seus valores, culturas e costumes. Estudos mostram que a percepção dos idosos acerca da velhice é vista em dois aspectos, um positivo que diz respeito à longevidade, ao acúmulo de experiências e à conquista de uma vida melhor com mais autonomia, principalmente financeira, e um negativo que se refere às alterações fisiológicas, aparecimento de doenças e as limitações inerentes a essa fase (GUERRA; CALDAS, 2010).

Tabela 3. Resultados da experiência participante de mudanças relacionadas à saúde e atribuição de mudanças experientes ao envelhecimento, conforme o AQP, dos idosos residentes na instituição, Itabaiana/SE, 2018.

Quesito	Média	Item	Média	Desvio padrão
Duração crônica	3,68	1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo.	3,92	±1,28
		2. Estou sempre consciente da minha idade.	4,20	±0,86
		3. Sempre me classifico como velho/a.	2,48	±1,50
		4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo.	4,08	±1,15
		5. Sinto minha idade em tudo que faço.	3,72	±1,24
Consequências positivas	3,70	6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria.	3,32	±1,40
		7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa.	4,16	±1,17
		8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas.	3,64	±1,18
Representações emocionais.	2,64	9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer.	3,28	±1,51
		13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha	2,56	±1,38

		vida social.		
		25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer.	2,32	±1,34
		26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros.	3,16	±1,21
		29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer.	1,92	±1,35
Controle positivo	3,72	10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim.	3,24	±1,16
		11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim.	3,68	±1,18
		12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim.	3,96	±1,13
		14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência.	3,60	±0,86
		15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	4,16	±1,06
Consequências negativas	3,96	16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer.	4,16	±0,85
		17. Envelhecer me torna menos independente.	3,80	±0,86
		18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim.	4,00	±1,04
		19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades.	4,08	±0,95
		20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem.	3,80	±0,91
Controle negativo	3,21	21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar.	3,40	±1,15
		22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim.	3,12	±1,23
		23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo.	3,24	±1,12
		24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social.	3,08	±0,99
Duração cíclica	3,01	27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora.	3,08	±1,28
		28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos.	3,24	±1,26
		30. Passo por fases em que me sinto velho/a.	2,80	±1,41
		31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro.	2,88	±1,33
		32. Passo por fases em que me vejo como velho/a.	3,08	±1,46

Os resultados sobre às mudanças na saúde nos últimos dez anos e se essas mudanças estão relacionadas ao envelhecimento, estão demonstrados na Tabela 4. Conforme o AQP, dos idosos residentes na instituição, redução no ritmo de vida 84% (n=21), dor nas articulações 80% (n=20), problemas nos pés 80% (n=20), perda de força 76% (n=19) e perda de equilíbrio72% (n=18) foram as mudanças na saúde mais relatadas, configurando-se em habilidades necessárias para manutenção da capacidade funcional dos idosos que se traduz no desempenho das atividades de rotina das pessoas idosas.

Este fato foi relatado por Oliveira et al (2015) que descreveram que as mudanças estão relacionadas na saúde ao envelhecimento, uma vez que, os principais sistemas biológicos começam a apresentar declínios funcionais, como a diminuição de força muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e capacidade cardiorrespiratória que comprometem a execução das atividades de vida diárias necessárias para que o indivíduo viva de forma

independente .A diminuição do nível de atividade pode levar o idoso a um estado de fragilidade e de dependência, refletindo negativamente na qualidade de vida do mesmo (PEDRINELLI; GARCEZ-LEME; NOBRE, 2009).

Assim sendo, deve-se considerar o envelhecimento como um processo heterogêneo, pois cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais relacionadas a ela (LIMA; MURAI, 2005).

Tabela 4. Resultados das mudanças relacionadas à saúde, conforme o AQP, dos idosos residentes na instituição, Itabaiana/SE, 2018.

Mudanças relacionadas à saúde	Tiveram mudanças relacionadas à saúde		Alterações experientes atribuídas ao envelhecimento	
	N	%	N	%
Problemas com o peso	15	60,00	13	86,66
Problemas com o sono	17	68,00	17	100,00
Problemas nas costas ou hérnia de disco	13	52,00	13	100,00
Dor nas articulações	20	80,00	19	95,00
Não ter mobilidade	11	44,00	11	100,00
Perda de equilíbrio	18	72,00	18	100,00
Perda de força	19	76,00	18	94,73
Redução no ritmo de vida	21	84,00	21	100,00
Câimbras	7	28,00	7	100,00
Problemas nos ossos ou articulações	14	56,00	14	100,00
Problemas cardíacos	4	16,00	4	100,00
Problemas de audição	9	36,00	9	100,00
Mudanças na visão	14	56,00	14	100,00
Problemas respiratórios	2	8,00	2	100,00
Problemas nos pés	20	80,00	19	95,00
Depressão	5	20,00	4	80,00
Ansiedade	7	28,00	6	85,71

4 CONCLUSÕES

Com base nos resultados apresentados, pode-se concluir que a auto percepção do envelhecimento pelos idosos residentes na ILPI foi positiva, aspecto relevante, pois o bem estar e qualidade de vida dos idosos podem estar associados ao reconhecimento do processo de envelhecimento de forma positiva. Em contrapartida, a percepção negativa pode estar relacionada às limitações e declínio da capacidade funcional que afeta na autonomia e independência das pessoas idosas.

Acredita-se que os resultados encontrados nesta pesquisa poderão ampliar os conhecimentos na área do envelhecimento, proporcionando a reflexão sobre o envelhecimento através da percepção dos idosos o que poderá contribuir para discussão e compreensão de informações relativas à população idosa, através do compartilhamento de saberes e experiências, visando buscar soluções para as questões a serem enfrentadas e traz uma nova perspectiva para a vida dessas pessoas.

5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N de; ROUQUAYROL, M. Z. Lógica epidemiológica e conceitos básicos. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Introdução à Epidemiologia**, 4° ed, Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC** 283, 2005 sets 26.

BARKER, M. et al. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. **BMC Geriatrics**, v. 7, p. 1–13, 2007.

BRASIL, Ministério da saúde. **Resolução - RDC Nº 283**, de setembro de 26 de 2005.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v.27, n.1, pp.233-235, jan. /jun. 2010.

CARDOSO, J. B.O; SANTOS, E. K T dos; ANDRADE, J .A; SANTOS, L dos; ZANONA, A. de F. Contribuição da Terapia Ocupacional com Idosos em ILPI: Relato de Experiência. Congresso Internacional do Envelhecimento Humano. **Realize**, Maceió, Alagoas,2017.

CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A . O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.

CAVALCANTI, C. L; GONÇALVES, M. da C; ASCIUTI, L .S R e CAVALCANTI A. L. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Alayón – Complicacion. **Revista. Saúde Pública**.;11(6):865-77. 2009.

COUTINHO, F. H. P. Idoso ativo: percepção sobre o seu processo de envelhecimento / Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco.CCS. Saúde Coletiva, Recife. 2012.

FERNANDES, M. das G. M; SOUTO, M. C; COSTA, S. F. G da & FERNANDES, B. M. Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idoso Atendidos na Atenção. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 18, n. 4 .2015.

FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes; TYRREL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Cecília Maria R. Gonçalves.; LUZ, Maria Helena Barros Araújo; AMORIM, Fernanda Claúdia Miranda.; LOIOLA, Nay Leite de Araújo. As Diferenças de Gênero na Velhice. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.60, n.4, pp.422-7, jul. /ago., 2007.

FLORIANO, L. A.; AZEVEDO, R. C. S.; REINERS, A. A. O.; SUDRE, M. R. S. Cuidado Realizado pelo Cuidador Familiar ao Idoso Dependente, em Domicílio, no Contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm. Florianópolis**, v.21, n.3, pp.543-8, jul./set. 2012.

GALICIOLI, T. G.P; LOPES, E. S. de & RABELO, D. F. R. Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,15(4), pp.225-237, São Paulo,2012.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e Recompensas no Processo de Envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.6, pp.2931-2940,2010.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Expectativa de Vida,2017.

LIMA POLLO, S.H; ASSIS, M. Instituições de longa permanência -para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista -B .**

LIMA, K., & MURAI, H. C. percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. rev enferm unisa, 6, 15-2 **Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 11, núm. 1, 2008, pp. 29-43, 2005.

LUZ, M. M. C.; AMATUZZI, M. M. Vivências de Felicidade de Pessoas Idosas. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v.25, n.2, pp.303-307, abr./jun, 2008.

JUNIOR, R. C. F.; TAVARES, M. de F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.147-58, set.2004/fev.2005.

KLEIN, CH; BLOCH KV. Estudos seccionais. IN: Medronho RA, Bloch K. Epidemiologia. 2ª ed. São Paulo: **Atheneu**, 2008. p.193-219.

MICHEL, T. A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos. Curitiba, 2010.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B. O. A Situação Social do Idoso no Brasil. Acta Paul Enferm. v.18, n.4, pp.422-6, 2005.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e Família: Asilo ou Casa. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf Acesso em: 30 julho. 13.

OLIVEIRA, N. S.; SOUSA, T. S.; ALENCAR, F. S de; OLIVEIRA, G. L.; FERREIRA, N. B.; ALENCAR, J. S de. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Revista de psicologia**. Revista de Psicologia. V. 8, N. 22 .2014.

OLIVEIRA, J. M de , FERREIRA, S. de O. ;BISPO , N. de N. da C. & CONCONE, M. H. V. B. Alterações físico-sociais decorrentes do envelhecimento na perspectiva de idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(4), pp. 197-214 (2015).

PEDRINELLI, A.; GARCEZ-LEME, L. E and NOBRE, R. do S. A. O efeito da atividade física no aparelho locomotor do idoso. **Rev Bras Ortop,** 44,2009, recuperando em 2015.

PILGERL, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Características sócio demográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , vol.19 no.5 ,2011.

QUADROS, M. R. S.S.de, & PATROCINIO, W. P. O cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência e em Centros-Dia. **Revista Kairós Gerontologia,** pp. 77-97. São Paulo (SP),2015.

ROCHA, L. M. B. C. R. M. da. Autopercepção do envelhecimento, auto imagem corporal, auto percepção de saúde e morbidades prevalentes em idososPorto Alegre: PUCSR,2014.

SANTOS, T. R. A; LIMA, D. M.; NAKATANI, A. Y. K.; PEREIRA, L. V.; LEAL, G. S.; AMARAL; R. G. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil**. Rer. Saúde Pública**7(1):94-103,2013.

ROIG, J. J. et al. Autopercepção da Saúde em Idosos Institucionalizados**. Revista Ciência & Saúde Coletiva,** 21(11):3367-3375, 2016.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia** (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.

SCHREINER, J.; SACOOL, M. Qualidade de vida na terceira idade: O envelhecer na percepção de um grupo de idosos na cidade de Piratuba, SC. **Pesquisa em Psicologia** ,Anais Eletrônicos,p.201-213,2015.

SILVA, A. Estatuto do idoso: análise do conhecimento dos idosos atendidos pela estratégia saúde da família. 2013. 145f. **Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica)-** Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO – IDOSO

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 Nº Questionário: ____

02 Nome:_____

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

03 Sexo (1) Masculino (2) Feminino

04 Data de Nascimento ___/___/_____ Idade em anos completos_____

05 Religião Não (2) Sim:_____

06 Tempo na ILPI:_____

07 Estado conjugal

(1) Casado (a) ou união estável	(4) Viúvo (a)
(2) Nunca se casou (a)/Solteiro	(5) Separado (a) ou divorciado (a)

08 Membros que fazem visita (mantem contato) ao (com) idoso

	Nº		Nº
(1) Esposo (a) /companheiro (a)		(6) Neto (a)	
(2) Filho(a)		(7) Irmão (a)	
(3) Enteado (a)		(8) Cunhado(a)	
(4) Genro		(9) Outros parentes	
(5) Nora		(10) Amigo (a) / conhecido(a)	

09 Escolaridade

(1) nunca estudou /analfabeto	(2) até 3 anos de estudo	(3) entre 4 e 10 anos de estudo.

10 Situação previdenciária do entrevistado

(1) Aposentado(a)	(2) Pensionista	(3) Benefício

11 Renda

(1) Menos de um salário mínimo	(4) De dois a quatro salários
(2) De um a dois salários mínimos	(5) Mais de quatro salários

C) CONDIÇÕES DE SAÚDE

12 Saúde auto-percebida

(1) Excelente	(2) Muito Boa	(3) Boa	(4) Regular	(5) Ruim

13 Morbidade crônica

	Sim	Não		Sim	Não
Hipertensão	(1)	(2)	Artrite – Osteoartrite	(1)	(2)
Infarto	(1)	(2)	Fraturas	(1)	(2)
Insuficiência cardíaca	(1)	(2)	Diabetes Mellitus	(1)	(2)
Pneumonia	(1)	(2)	Dislipidemia	(1)	(2)
Bronquite	(1)	(2)	Osteoporose	(1)	(2)
Asma	(1)	(2)	Déficit Auditivo	(1)	(2)
Enfisema	(1)	(2)	Depressão	(1)	(2)
Tuberculose	(1)	(2)	AVC	(1)	(2)
Câncer	(1)	(2)	Parkinson	(1)	(2)

14 Uso de medicamentos

(1) Não (2) Sim. Em caso positivo: especificar qual(is). _____

_____

15 Atividades Básicas de Vida Diária

(1)Independente	(2)Dependente parcialmente	(3)Dependente totalmente

Atividade	Descrição	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

16 Já ouviu falar no Estatuto do Idoso?

(1) Não	(2) Sim. Onde?_____

17 Já leu o Estatuto do Idoso?

(1)Sim	(2)Não	(3)Parcialmente

ANEXO

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO (APQ)

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo.	1	2	3	4	5
2. Estou sempre consciente da minha idade.	1	2	3	4	5
3. Sempre me classifico como velho/a.	1	2	3	4	5
4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo.	1	2	3	4	5
5. Sinto minha idade em tudo que faço.	1	2	3	4	5
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria.	1	2	3	4	5
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa.	1	2	3	4	5
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas.	1	2	3	4	5
9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer.	1	2	3	4	5
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim.	1	2	3	4	5
11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim.	1	2	3	4	5
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim.	1	2	3	4	5
13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social.	1	2	3	4	5

14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência.	1	2	3	4	5
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	1	2	3	4	5
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer.	1	2	3	4	5
17. Envelhecer me torna menos independente.	1	2	3	4	5
18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim.	1	2	3	4	5
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades.	1	2	3	4	5
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem.	1	2	3	4	5
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar.	1	2	3	4	5
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim.	1	2	3	4	5
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo.	1	2	3	4	5
24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social.	1	2	3	4	5
25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer.	1	2	3	4	5
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros.	1	2	3	4	5
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora.	1	2	3	4	5
28. Minha consciência de	1	2	3	4	5

estar envelhecendo vai e volta em ciclos.					
29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer.	1	2	3	4	5
30. Passo por fases em que me sinto velho/a.	1	2	3	4	5
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro.	1	2	3	4	5
32. Passo por fases em que me vejo como velho/a.	1	2	3	4	5

B) EXPERIÊNCIA COM MUDANÇAS RELACIONADAS À SAÚDE

A lista a seguir descreve algumas mudanças relacionadas à saúde que talvez você tenha vivenciado. Pode me dizer se vivenciou essas mudanças nos últimos 10 anos e se acredita que as mudanças vivenciadas estão especificamente relacionadas com o fato de envelhecer?

		Você VIVENCIOU esta mudança?		'Em termos das mudanças que você VIVENCIOU: Acha que esta mudança está relacionada ou deve-se SOMENTE ao fato de você estar envelhecendo?	
		Sim	Não	Sim	Não
Id1	Problemas com o peso	1	0	1	0
Id2	Problemas com o sono	1	0	1	0
Id3	Problemas nas costas ou hérnia de disco	1	0	1	0
Id4	Dor nas articulações	1	0	1	0
Id5	Não ter mobilidade	1	0	1	0
Id6	Perda de equilíbrio	1	0	1	0
Id7	Perda de força	1	0	1	0
Id8	Redução no ritmo de vida	1	0	1	0
Id9	Câimbras	1	0	1	0
Id10	Problemas nos ossos ou articulações	1	0	1	0
Id11	Problemas cardíacos	1	0	1	0
Id12	Problemas de audição	1	0	1	0
Id13	Mudanças na visão	1	0	1	0
Id14	Problemas respiratórios	1	0	1	0
Id15	Problemas nos pés	1	0	1	0
Id16	Depressão	1	0	1	0
Id17	Ansiedade	1	0	1	0

DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
NORMAS PARA DESCRIÇÃO DO ARTIGO

Formato:
Os textos devem ser digitados em programa Word for Windows, papel tamanho A4, margem de 2,5cm, espaço 1,5, letra Time News Roman 12. Todo o artigo deverá conter de 15 a 20 laudas (a contar da página da introdução até as referências).

Estrutura:

Resumo: Escrito com, no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, método, resultados/discussão e conclusões. Devem ser escritos em português e inglês (abstract).

Palavras-chave: De três a seis, em língua portuguesa e inglesa. (Consulte o DeCs_Descritores em Ciências da Saúde).

Corpo do texto: Sugere-se que a estrutura do texto seja organizada da seguinte forma: Introdução; Método; Resultados; Discussão e Conclusões.

Tabelas: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto.

Figuras: Devem estar citadas no texto através de enumeração crescente e apresentar a legenda numerada correspondente a sua citação. Devem estar inseridas no texto e estarem em alta resolução (300dpi), em JPG ou TIF.

Citações e referências: Devem estar de acordo com as normas da ABNT (versão atualizada).

Observações:

- As páginas devem ser enumeradas a partir da folha de rosto.

- Caso o(s) autor(es) queiram, podem acrescentar apêndice(s) e/ou anexo(s) ao final da trabalho, tais como: parecer de aprovação do comitê de ética, instrumentos utilizados para coleta de dados.