



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIVIAN CARLA DE CASTRO

**ATITUDES DO IDOSO FACE AO LAZER: um estudo em
Instituições de Longa Permanência**

**MARINGÁ-PR
2013**

VIVIAN CARLA DE CASTRO

**ATTITUDES DO IDOSO FACE AO LAZER: um estudo em
Instituições de Longa Permanência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e o processo de cuidado. Linha de Pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira.

MARINGÁ-PR

2013

VIVIAN CARLA DE CASTRO

ATTITUDES DO IDOSO FACE AO LAZER: um estudo em
Instituições de Longa Permanência

Aprovada em: 04/12/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Celmira Lange
Universidade Federal de Pelotas

Prof^a. Dr^a. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera
Universidade Estadual de Maringá

DEDICO

Aos meus pais, Djalma e Terezinha, exemplos de amor e integridade, os quais me educaram, apoiaram e encorajaram a enfrentar desafios, sem medir esforços para o embasamento de minha formação. A vocês a minha imensa gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que a cada dia me permitiu acordar e ir em busca de mais este sonho, guiando-me e sempre reforçando as provas do amor que tem por mim.

À minha mãe, Terezinha, por me apoiar em todos os momentos de dificuldade e dividir comigo as alegrias das conquistas.

Ao meu pai, Djalma, por me incentivar a priorizar minha formação, agindo de maneira comprometida.

Às minhas irmãs, Cláudia e Fernanda, em quem me espelho para enfrentar os dias de luta sorrindo.

Ao meu sobrinho, Vitor, por me surpreender e ensinar a defender aquilo em que acredito.

À minha gata, Cali, que em sua natureza me fez compreender que o amor não tem limites.

Ao meu namorado, Alan, por todo amor, apoio, companheirismo e compreensão.

Aos meus amigos de longa data, Mayara (*in memoriam*), Lays, Poliana, Mariane, e Caio Marin que, mesmo distantes, me apoiaram e terão sempre seu lugar em meu coração.

Às minhas colegas de república, Ana Beatriz e Raiane, pelo apoio nos momentos de desespero.

À Prof^ª. Dr^ª. Lígia Carreira, por seu exemplo de dedicação, sabedoria e amor às suas atividades na docência, pelo incentivo ao meu crescimento profissional, por sua confiança em meu esforço, por sua forma sutil e delicada de lidar em diversas circunstâncias. Foi uma honra poder contar com sua orientação e apoio.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelas imprescindíveis contribuições para a minha formação como pesquisadora.

Às Professoras Dr^ª. Celmira Lange e Dr^ª. Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera, por me permitirem compartilhar com elas este trabalho e pelas importantes contribuições para a sua concretização.

A todos os colegas e amigos da turma de mestrado, especialmente, Joisy, William, Jéssica, Muriel e Pâmela, que integram a parceria desde a graduação, e Marília, Júlia, Ana Carla e Camila, que tornaram não só esta etapa, mas a minha vida melhor, com os encontros inusitados e gargalhadas.

Aos idosos residentes nas instituições pesquisadas, que me receberam com muito carinho e dividiram comigo suas experiências e conhecimentos, tornando possível a realização deste estudo.

À CAPES, pelo apoio financeiro durante o primeiro ano do curso de mestrado, promovendo o desenvolvimento da pesquisa.

E por fim, a todos que direta e indiretamente colaboraram na realização deste estudo.

CASTRO, V.C. Atitudes do idoso face ao lazer: um estudo em Instituições de Longa Permanência. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira. Maringá, 2013.

RESUMO

O envelhecimento populacional mundial e suas repercussões sociais e econômicas trazem preocupações acerca da responsabilização pelo cuidado da população idosa. As exigências da vida contemporânea têm levado as famílias a buscarem cada vez mais por instituições de longa permanência. O lazer, enquanto necessidade humana básica, surge como possibilidade de emancipação, rompendo as propostas tradicionais de centralidade da categoria trabalho, aproximando-se do contexto em que vivem os idosos. Assim, este estudo teve por objetivo analisar as atitudes de idosos residentes em instituições de longa permanência, regularmente cadastradas em Maringá-PR-Brasil, face ao lazer. Buscou-se, ainda, identificar as atividades de lazer realizadas pelos idosos, bem como avaliar a sua cognição. Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado junto aos idosos residentes nas instituições de longa permanência, entre janeiro e março de 2013. Foram incluídos 161 idosos no estudo, com base nos seguintes critérios: ter tempo de institucionalização de, no mínimo, seis meses nas instituições de longa permanência, estar apto a responder as questões do estudo a partir da obtenção do escore mínimo no Miniexame do Estado Mental (MEEM). Após a avaliação cognitiva, totalizaram 97 idosos participantes. Além deste, foram aplicados outros dois instrumentos, um para a caracterização sociodemográfica, de institucionalização e de lazer e a Escala de Atitudes face ao Lazer. Os dados foram analisados descritivamente e por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, para a associação das variáveis dependentes com as independentes, teste de Mann-Whitney (teste da soma de rank), para testar hipóteses acerca do declínio cognitivo em cada domínio do MEEM, e correlação de Spearman, para fazer a correlação entre as subescalas que compõem a Escala de Atitudes face ao Lazer. Observou-se que 39,8% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, segundo o MEEM, e evidenciou-se, pela análise estatística, pior desempenho cognitivo do sexo feminino em relação ao masculino. Os domínios que compõem o MEEM tiveram associação significativa com declínio cognitivo, sendo que orientação, atenção e cálculo e memória de evocação apresentaram maior influência sobre a presença de déficit cognitivo. Com relação ao lazer, as variáveis categóricas faixa etária e renda tiveram associação significativa com a realização de atividades de lazer. Os resultados refletiram ainda uma atitude positiva dos idosos em relação às atividades de lazer, exceto no componente comportamental. Atenta-se para importância da reorientação da formação profissional do enfermeiro, a fim de que este seja apto a aplicar instrumentos de avaliação do declínio cognitivo em idosos e a elaborar estratégias de intervenção que possam retardar seu desenvolvimento. A equipe de enfermagem, junto à equipe multidisciplinar, pode atuar no lazer de forma reflexiva, crítica, prazerosa e criativa em relação às contradições do meio institucional, visando à qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso Institucionalizado. Atitude; Atividades de Lazer; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica.

CASTRO, V.C. Attitudes of the elderly face to leisure: a study in long-term facilities. 2013. 94f. Dissertation (Master's in Nursing) – State University of Maringá. Adviser: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira. Maringá, 2013.

ABSTRACT

World population ageing and its social and economic repercussions bring concerns about accountability for the care of the elderly population. The demands of contemporary life have led families to seek increasingly long-stay institutions. Leisure, while basic human need, emerges as possibility of emancipation, breaking traditional proposals of centrality of work category, approaching the context in which the elderly live. Thus, this study aimed to analyze the attitudes of elderly living in long-stay institutions, regularly registered in Maringá-PR-Brazil with leisure. It was also sought to identify leisure activities performed by the elderly, as well as evaluate their cognition. This was a descriptive, cross-sectional study, a quantitative approach, carried out with the elderly living in long-stay institutions, between January and March of 2013. 161 elderly were included in the study on the basis of the following criteria: having time of institutionalization of at least six months in long-stay institutions, be able to answer the questions of the study from obtaining the minimum score on the Mini Mental status (MMSE). After the cognitive assessment, it totaled 97 elderly participants. In addition to this, two other instruments were applied, one for the demographic characterization, institutionalization and leisure and scale of attitudes to leisure. Data were analyzed descriptively and by means of Chi-square tests and Fisher exact, for the association of the dependent variables with the independent test, Mann-Whitney (rank sum test), to test hypotheses about cognitive decline in each domain of the MMSE, and Spearman correlation, to make the correlation between the subscales comprising the range of attitudes to leisure. It was observed that 39.8% of the elderly showed cognitive deficit, according to MEEM, and showed by statistical analysis, worse cognitive performance female in relation to the male. The fields that comprise the MMSE had significant association with cognitive decline, and orientation, attention and memory and calculation of evocation presented a higher influence on the presence of cognitive deficit. With regard to leisure, categorical variables age and income had a significant association with leisure activities. The results reflected a positive attitude of elderly in relation to leisure activities, except in the behavioral component. It is perceived attention to importance of reorientation of vocational training of nurses, in order to be able to apply evaluation tools of cognitive decline in the elderly and to develop intervention strategies that could slow their development. The nursing staff, by the multidisciplinary team, can act at leisure in a reflective, critical, enjoyable and creative regarding contradictions of institutional environment, aiming at the quality of life of the elderly.

Keywords: Health of the Institutionalized Elderly. Attitude; Leisure activities; Institution of Long permanence; Geriatric Nursing.

CASTRO, V.C. Las actitudes de las ancianos face al ocio: un estudio en instituciones de larga permanencia. 2013. 94f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Estadual de Maringá. Orientador: Prof^a. Dr^a. Lígia Carreira, Maringá, 2013.

RESUMEN

Envejecimiento de la población mundial y sus repercusiones sociales y económicas traen preocupaciones sobre la responsabilidad por el cuidado de la población anciana. Las exigencias de la vida moderna han llevado a las familias a buscar cada vez más por las instituciones a largo plazo. El ocio como una necesidad humana básica, emerge como una posibilidad de la emancipación, rompiendo la tradicional centralidad de la categoría de trabajo propuesto, acercándose al contexto en el que viven las personas ancianas. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar las actitudes de los residentes de edad avanzada en las instituciones a largo plazo, regularmente matriculados en Maringá-PR- Brasil, en comparación con el ocio. Se buscó, aún, identificar las actividades de ocio para las personas ancianas, así como evaluar su cognición. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado entre los residentes de edad avanzada en instituciones de larga estadía entre enero y marzo de 2013. Fueron incluidos 161 ancianos en el estudio, en base a los siguientes criterios: longitud de la institucionalización de al menos seis meses en centros de larga estancia, ser capaz de responder a las preguntas del estudio después de haber obtenido la puntuación mínima en el Mini Mental State (MMSE). Después de la evaluación cognitiva, totalizó 97 participantes de edad avanzada. Además de esto, fueron aplicados otros dos instrumentos, uno para las características sociodemográfica, de institucionalización y de ocio y la Escala de Actitudes ante al Ocio. Los datos se analizaron de forma descriptiva y mediante la prueba exacta de chi-cuadrado y Fisher, para la asociación de las variables dependientes con las independiente, Mann-Whitney (prueba de la suma de rank) , para poner a prueba hipótesis sobre el deterioro cognitivo en cada dominio MMSE, y la correlación de Spearman, para hacer la correlación entre las subescalas que componen la escala de actitudes ante al ocio. Se observó que 39,8% de los pacientes de edad avanzada con déficit cognitivo de acuerdo con el MMSE, y se evidenció, por el análisis estadístico, peor rendimiento cognitivo en mujeres que en hombres. Los dominios que componen el MMSE tuvieron asociación significativa con disminución cognitivo, o sea la orientación, la atención y el cálculo y la memoria de evocación presentaran mayor influencia sobre la presencia de déficit cognitivo. En relación al ocio, las variables categóricas de edad y renta tuvieron asociación significativa con la realización de actividades de ocio. Los resultados también reflejaron una actitud positiva de las personas ancianas en relación con las actividades de ocio, salvo en el componente conductual. Se Atenta para la importancia de reorientar la formación de enfermeros, con el fin que este sea capaz de aplicar las herramientas para evaluar la disminución cognitiva en los ancianos y para desarrollar estrategias de intervención que puedan retardar su desarrollo. El equipo de enfermería, junto el equipo multidisciplinar, puede actuar en el ocio de manera reflexiva, crítica, agradable y creativa en relación a las contradicciones del medio institucional, buscando la calidad de vida de los ancianos. .

Palabras clave: Salud del Anciano Institucionalizado; Actitud; Actividades de ócio; Institución de larga estancia para los ancianos; Enfermería Geriátrica.

*“O princípio da sabedoria é adquirir a sabedoria.
Adquira a inteligência usando tudo o que você
possui. Conquiste a sabedoria e ela o exaltará.
Abrace-a e ela o honrará.”*

Pv. 4. 7-8 – A Bíblia Sagrada

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi desenvolvido com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Teve por objetivo analisar as atitudes de idosos residentes em instituições de longa permanência, regularmente cadastradas no município de Maringá-PR, face ao lazer em seu aspecto global e com foco nos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. Buscou-se, ainda, identificar as atividades de lazer realizadas pelos idosos, bem como avaliar o seu desempenho cognitivo.

De acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, os resultados que compõem esta dissertação estão apresentados na forma de manuscritos.

A avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados resultou no primeiro manuscrito, intitulado **Avaliação cognitiva de idosos residentes em instituições de longa permanência**, a ser submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Os resultados permitiram ainda analisar as atitudes dos idosos institucionalizados face ao lazer, bem como identificar as atividades de lazer realizadas pelos idosos. Estes foram apresentados por meio do segundo manuscrito, intitulado **Atitudes de idosos institucionalizados face ao lazer: subsídios para a prática de enfermagem**, com possível submissão à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

As demais seções desta dissertação estão estruturadas em Introdução, Objetivos, Metodologia, Implicações para a Enfermagem, Conclusão e Referências, comuns a todo estudo.

Lista de Siglas

ATI	Academia para Terceira Idade
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos
COPEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
ILP	Instituição de Longa Permanência
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Miniexame do Estado Mental
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SASC	Secretaria de Assistência Social e Cidadania
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tempo de Institucionalização

Lista de Ilustrações

Quadro 1	Distribuição dos idosos participantes do estudo, segundo as ILPIs. 28
	Maringá-PR, 2013.....
Figura 1	Etapas para definir os participantes do estudo..... 29

Lista de Tabelas

Manuscrito 1

Tabela 1	Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo características sociodemográficas. Maringá, PR, 2013.....	38
Tabela 2	Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo Instituições de Longa Permanência. Maringá, PR, 2013.....	39
Tabela 3	Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados, segundo domínios do MEEM. Maringá, PR, 2013.....	39

Manuscrito 2

Tabela 1	Atividades, frequência e duração do lazer de idosos institucionalizados. Maringá, PR, 2013.....	52
Tabela 2	Tabela 2. Acesso de idosos ao lazer, segundo características sociodemográficas e de institucionalização. Maringá-PR, Brasil, 2013.....	53
Tabela 3	Estatísticas descritivas e atitudes face ao lazer de idosos institucionalizados. Maringá, PR, 2013.....	54
Tabela 4	Correlações entre as subescalas e a escala global de atitudes face ao lazer	55

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Problema da Pesquisa.....	14
1.2	O envelhecimento populacional e a Institucionalização.....	15
1.3	O idoso e o lazer.....	16
1.3.1	Aspectos conceituais e enfoques sobre o lazer.....	16
1.3.2	O lazer no envelhecimento	18
1.3.3	Lazer nas Instituições de Longa Permanência	19
1.4	A institucionalização e sua interface com políticas de saúde voltadas ao idoso e políticas públicas de lazer.....	20
3.	OBJETIVOS.....	23
3.1	Objetivo geral.....	23
3.2	Objetivos específicos.....	23
4.	METODOLOGIA.....	24
4.1	Referencial teórico.....	24
4.2	Delineamento do estudo.....	26
4.3	Local do estudo.....	26
4.4	População do Estudo.....	27
4.5	Instrumentos de Coleta de Dados.....	29
4.6	Procedimento de Coleta de Dados.....	30
4.7	Análise dos dados.....	31
4.8	Aspectos éticos.....	31
5.	RESULTADOS.....	32
5.1	Manuscrito 1: Desempenho de idosos residentes em instituições de longa permanência no miniexame do estado mental.....	33
5.2	Manuscrito 2: Atitudes de idosos institucionalizados face ao lazer: subsídios para a prática de enfermagem.....	47
6.	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM.....	61
7.	CONCLUSÃO.....	63
	REFERÊNCIAS.....	66
	APÊNDICES.....	
	ANEXOS.....	

1. INTRODUÇÃO

1.1 Problema da pesquisa

O lazer, assim como a oxigenação, o sono e a alimentação, é uma necessidade humana básica (HORTA, 1979) e, portanto, configura-se como fator determinante para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que permite sua emancipação por meio da manifestação de sua criatividade em busca do prazer (BALDISSERA; JAQUES; PHILBERT et. al, 2011).

Apesar de sua importância em todas as fases do ciclo da vida, este estudo enfoca o lazer no envelhecimento, tendo em vista que a população idosa tem apresentado crescimento exponencial em todo o mundo nas últimas décadas, com repercussões nas esferas econômica e social, tornando-se um desafio para a saúde pública (FRANÇA, 2008). Ressalta-se a importância de superar o modelo de saúde vigente, imposto pelo capitalismo, que reforça a exclusão social do idoso (LINCK; LANGE; SCHWARTZ et. al, 2009).

Além disso, mudanças físicas, psicológicas e sociais permeiam, de maneira individual, a vida dos idosos (PESTANA, 2008), bem como a busca pela manutenção da saúde, da autonomia e da independência. Especial atenção deve ser voltada àqueles idosos que vivem em situação de vulnerabilidade, aqui com foco no contexto institucional. As instituições de longa permanência surgiram como uma opção para aquelas famílias que, dentro das exigências da modernidade, não têm condições de cuidar de seus idosos, e também para aqueles em situação de abandono (CAMARANO; KANSO, 2010).

No entanto, tais instituições, muitas vezes, não apresentam infraestrutura adequada e recursos humanos suficientes e qualificados para oferecer aos idosos o cuidado de maneira integral, acabando por priorizar as necessidades biológicas e, desse modo, colocando o lazer em segundo plano.

A partir dos apontamentos acima e, considerando que a enfermagem tem o compromisso de buscar o êxito no cuidado aos idosos, o que inclui facilitar o acesso ao lazer, surgem inquietações acerca do processo de envelhecimento nas instituições de longa permanência, seus ganhos e perdas, e questionamentos sobre o lazer, na perspectiva dos idosos, neste contexto. Assim, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: “Os idosos institucionalizados em Maringá-PR-Brasil apresentam atitudes positivas em face do lazer?”.

1.2. O envelhecimento populacional e a Institucionalização

Os avanços no desenvolvimento das ciências e tecnologias têm acarretado importantes conquistas para a sociedade, dentre elas o envelhecimento populacional (BRASILEIRO et al., 2011). Aproximadamente 10% da população brasileira é formada por pessoas com 60 anos ou mais, sendo a expectativa de vida atual de 73 anos. Estima-se que, em 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de idosos do mundo (IBGE, 2010). Esses dados, que não são novidades no meio científico e na imprensa, representam um fenômeno mundial com inúmeras repercussões nas esferas econômica e social, sobretudo para os países em desenvolvimento, como o Brasil, os quais necessitam garantir recursos suficientes para o funcionamento de seus sistemas previdenciários, além de assegurar os serviços de saúde, que têm custos mais elevados para esta população (FRANÇA, 2008).

A constituição brasileira estabelece, nos artigos nº 229 e 230, que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso (BRASIL, 1988). No entanto, diante das condições sociodemográficas expostas, permeadas ainda pela queda acelerada da fecundidade, maior participação das mulheres no mercado de trabalho e novos arranjos familiares, tornou-se mais difícil a manutenção dos cuidados dos idosos por suas famílias, visto que há cada vez menos descendentes, as mulheres, tradicionais cuidadoras, estão menos disponíveis para a tarefa e os vínculos familiares apresentam-se enfraquecidos (CAMARANO; KANSO, 2010; FLORES; BORGES; BUDÓ et al., 2011). Assim, o Estado e o mercado privado passaram a dividir com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa.

Dessa forma, tem crescido a prestação de serviços formais de cuidados e, dentre estes, estão os de longa duração, oferecidos em instituições de residência planejadas para este fim, cuja denominação é Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Elas se constituem como domicílio coletivo público ou privado de pessoas com 60 anos ou mais, que possuam ou não suporte familiar, de forma que lhes reservem a condição de dignidade, liberdade e cidadania (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA, 2005). A partir do aumento da sobrevivência de pessoas com incapacidades físicas e mentais, tem-se observado que, além da Rede de Assistência Social, há a necessidade de

integração das ILPIs também na Rede de Assistência à Saúde, com o intuito de oferecer algo além de um abrigo (CAMARANO; KANSO, 2010).

Menos de 1% da população idosa brasileira reside em ILPIs, o que corresponde a 84 mil idosos, com predominância para o sexo feminino (57,3%) (CAMARANO; KANSO, 2010). O total de ILPIs ultrapassa 3.700 no país, havendo 693 delas na região Sul, nas quais residem mais de 15 mil idosos (CRISTOPHE, 2009). Especificamente no Estado do Paraná, cuja população idosa representa 11% do total de habitantes (IBGE, 2010), existem cerca de 250 ILPIs, que abrigam aproximadamente 5.500 idosos, isto é, 0,6% da população idosa do Estado. As instituições, em sua maioria (61,8%), são privadas filantrópicas, seguidas respectivamente pelas privadas com fins lucrativos (30,2%), públicas (6,0%) e mistas - públicas de direito privado - (2%) (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2008).

Tendo em vista que é na velhice que recai, de forma mais intensa, o isolamento social, principalmente devido ao afastamento do mundo do trabalho e das possibilidades de lazer, e sendo esta situação agravada quando se trata de idosos institucionalizados, torna-se um grande desafio pensar no papel dos profissionais de saúde, aqui com destaque para a enfermagem, na atuação com idosos, sobretudo com enfoque no lazer, enquanto um direito social assegurado pela legislação.

1.3 O idoso e o Lazer

1.3.1 Aspectos conceituais e enfoques sobre o lazer

O termo lazer tem sido alvo de inúmeras dúvidas e polêmicas na atualidade, a começar por sua definição. Diversos autores, em sua maioria sociólogos, têm-se dedicado, ao longo de décadas, a estudar o lazer nos diferentes contextos históricos, trazendo contribuições muitas vezes conflitantes. Dentre os clássicos, Dumazedier, grande influenciador das pesquisas no Brasil, destacou-se por defender a tese de que ele seja fruto da sociedade urbano-industrial, apresentando como funções descanso, divertimento/recreação/entretenimento e desenvolvimento (DUMAZEDIER, 1976).

Quanto à relação Trabalho-Lazer, as vertentes atuais têm refletido sobre a complementaridade de um para com o outro, em que ambos integram a mesma dinâmica social, o que se opõe às ideias de Dumazedier, que trazia estes dois eventos de forma

dicotomizada (PIMENTEL, 2010). No entanto, suas obras foram pioneiras, portanto, baseavam-se nos dilemas da década de 70, devendo considerar-se que tiveram inquestionável importância para o aprofundamento dos estudos sobre a temática.

O marxismo também teve a sua contribuição nos estudos de lazer, uma vez que a industrialização exigiu um controle rigoroso do tempo, tanto no trabalho, como fora dele. A classe dominante do capitalismo nascente, com vistas a manter a ordem e a disciplina necessárias aos operários, controlava o tempo de não-trabalho por meio da difamação do ócio, dado como improdutividade e perda de tempo, ao passo que a alienação produzida pela indústria cultural persuadia a participação da classe trabalhadora em atividades de interesse da classe dominante, dando a falsa impressão de liberdade (PIMENTEL, 2010).

À medida que avançaram os estudos sobre o tema, no Brasil, o lazer recebeu uma abordagem crítica, com ênfase em seu caráter desinteressado, além do uso do termo “tempo disponível” em detrimento de “tempo livre”, considerando sua concepção de que tempo nenhum é totalmente livre, mas disponível a partir da liberação de certas obrigações – caráter liberatório (MARCELLINO, 1987).

No campo da sociologia, a subdisciplina sociologia do conhecimento aborda o conhecimento do senso comum, que constitui a realidade cotidiana para o elemento comum da sociedade. Assim, o mundo da vida cotidiana, tendo sua origem no pensamento e ação dos homens comuns e como principal forma de significação dos objetos a linguagem, é estruturado espacial e temporalmente. O tempo merece aqui maior ênfase, já que é contínuo e finito na realidade diária, isto é, toda a existência do indivíduo neste mundo é continuamente ordenada pelo tempo. Sabe-se, desse modo, que o indivíduo dispõe de certa quantidade de tempo para a realização de seus projetos e o conhecimento deste fato afeta a sua atitude com relação aos mesmos projetos (BERGER; LUCKMANN, 1985).

Nesse sentido, o lazer pode ser entendido a partir do enfoque nestes dois aspectos: tempo e atitude (MARCELLINO, 1987). O lazer considerado no aspecto tempo tende a ser explicado pelos comportamentos objetivamente concretizados no tempo disponível, que, conforme exposto anteriormente, não significa um tempo liberado do trabalho, mas um tempo que o indivíduo dispõe para si próprio (MASCARENHAS, 2005). Por sua vez, o lazer com enfoque no aspecto atitude valoriza o significado que as pessoas atribuem à experiência de lazer, sendo caracterizado como condição subjetiva de liberdade, em que as

atividades se esgotam em si mesmas e são marcadas pelo prazer e satisfação resultantes do livre arbítrio inerente a tais atividades (MASCARENHAS, 2005).

A atitude, enquanto constituinte básico do lazer pelo intermédio entre o desejo e a ação, pode ainda ser compreendida a partir dos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. O aspecto cognitivo diz respeito aos conhecimentos, informações, opiniões e crenças, conscientes ou não, expressos na atitude; o afetivo é referente aos sentimentos e respostas fisiológicas revelados na atitude; e o comportamental relaciona-se com a estruturação do comportamento, preparando o indivíduo para agir de determinado modo (FREIRE; FONTE, 2007).

1.3.2. O lazer no envelhecimento

Podem distinguir-se quatro períodos de lazer, isto é, de redução de horas de trabalho: aquele do fim do dia, o do final de semana, as férias do fim do ano e a aposentadoria. Observa-se que as duas massas que possuem maior quantidade de tempo livre são os jovens, devido ao aumento do período escolar, e os idosos, porque já não trabalham mais. No entanto, a primeira possui uma visibilidade muito maior no que tange a políticas de emprego do lazer (DUMAZEDIER, 1979).

Com o grande crescimento da população idosa, o envelhecimento emergiu como um problema social no país, tornando necessária a gestão dessa massa de idosos aposentados. Uma das preocupações nesse quesito foi o reaproveitamento do tempo disponível, sendo a aposentadoria interpretada, a partir das políticas públicas, como uma fase que necessitava de programação do tempo disponível, a fim de evitar adoecimentos (CORREA, 2009).

O lazer dos idosos é interpretado, muitas vezes, como algo negativo, que poderia compensar o desligamento das atividades profissionais, sem, no entanto, levar em conta a possibilidade de criação de novos valores para uma etapa diferente da vida. Há, então, uma desvalorização do lazer em face de uma supervalorização do trabalho e das obrigações familiares (DUMAZEDIER, 1979). A este respeito, compete observar que os idosos de hoje pertenciam à sociedade urbano-industrial do capitalismo emergente outrora citado, logo, compreende-se que estes podem possuir uma concepção limitada acerca do lazer, como foram controladamente educados para ter, fato que muitas vezes os torna apáticos no que concerne à reivindicação pelo lazer verdadeiramente livre.

Neste contexto de liberdade, cabe lembrar que o lazer constitui um direito social, assim, deve ser entendido para além do descanso e do divertimento no tempo livre do trabalho, e reconhecido como possibilidade de desenvolvimento pessoal e de construção da cidadania (MARCELLINO, 1996).

1.3.3 Lazer nas Instituições de Longa Permanência

Quando institucionalizado, o idoso passa a participar de um grupo social específico, em que se exibem papéis caracterizados por dependência, espaço físico limitado sobre a instituição e horário determinado para as atividades diárias, logo, há o controle do tempo integral do idoso, sendo este obrigado a se adaptar às normas e rotinas do novo ambiente, que nem sempre oferece condições de vida adequadas conforme preconiza a legislação, neste caso, com ênfase no lazer e em seu caráter liberatório e desinteressado.

Sabendo que o lazer nas ILPI depende de vários fatores, inclusive dos profissionais que ali trabalham, e estes, em sua maioria, consistem em profissionais de enfermagem, cabe enfatizar a importância desta classe, que constitui o maior corpo de trabalhadores da área da saúde no mundo, no pleno desenvolvimento das atividades de lazer dos idosos institucionalizados.

A enfermagem, enquanto profissão cuja essência e especificidade é o cuidado, isto é, assistir o ser humano em suas necessidades básicas, seja individualmente, na família ou na comunidade, com atividades de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem estar dos clientes, buscando promover sua autonomia por meio da educação em saúde (HORTA, 1979).

A enfermagem baseia-se no conhecimento científico, e, como as demais esferas profissionais, possui a racionalidade que caracteriza o domínio produtivo da sociedade. No entanto, sendo sua essência o cuidado, não pode abrir mão de seu aspecto subjetivo da prática diária, que sofre influências culturais, religiosas, étnicas e de gênero. Dessa forma, a qualidade do cuidado reside na união entre a técnica, o conhecimento e a convivência com o ser cuidado. Apesar da dificuldade de gerenciamento do tempo de cuidado imposta pela rotina, sabe-se que, durante o cuidado, mesmo na realização das técnicas, a relação humana acontece e a garantia da qualidade desse cuidado está no vínculo construído e na comunicação estabelecida a partir dessa relação. O fazer em Enfermagem deve, portanto, ser planejado e promovido juntamente ao cliente e não apenas voltado para o cumprimento

da tarefa (PROCHET; SILVA; FERREIRA et al., 2012), o que inclui o planejamento de atividades de lazer.

Nesse contexto, atenta-se para importância da reorientação da formação do profissional enfermeiro para o lazer, a fim de que sua atuação não se resuma a um produto alienante a ser consumido, mas uma possibilidade reflexiva, crítica, prazerosa e criativa face aos processos sociais e das contradições do meio institucional (GOMES; PINTO, 2009).

1.4 A institucionalização e sua interface com políticas de saúde voltadas ao idoso e políticas públicas de lazer

A Constituição de 1988 foi a primeira grande conquista da sociedade brasileira no que concerne ao direito universal e integral à saúde, sendo posteriormente reafirmado com a criação do SUS, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010a). As políticas públicas de saúde surgem com o intuito de assegurar atenção integral a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde diante das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010a).

A partir do *boom* de crescimento da população que envelhece e, atendendo aos preceitos da Constituição Federal, foi promulgada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94, regulamentada pelo Decreto 1.948/96). Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa, favorecendo a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; BRASIL, 2010a).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria Ministerial nº 1.395/99), promulgada cinco anos após a Política Nacional do Idoso, propunha melhorar a assistência ao idoso, ao determinar que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados com o tema promovessem a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999; BRASIL, 2010a).

No ano de 2002, a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002), com base na condição de gestão e na divisão de responsabilidades, teve, como parte de sua operacionalização, a criação de

critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002).

Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), uma das maiores conquistas sociais da população idosa no Brasil, que ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, sem trazer, contudo, meios para financiar as ações propostas. O papel do SUS na garantia da atenção integral à saúde do idoso e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010b) está disposto no Capítulo IV do Estatuto.

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa estivesse já bastante avançada, a prática ainda era insatisfatória, tornando imprescindível a reformulação da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a). Dessa forma, após o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006), que estabeleceu diretrizes norteadoras para a readequação, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006), que trouxe um novo paradigma para a discussão acerca da saúde dos idosos (BRASIL, 2006a). Esta política teve como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, por meio de medidas coletivas e individuais, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2010a).

A abordagem do envelhecimento ativo é pautada no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização (WHO, 2002). Destaca-se que, para o sucesso das ações propostas pelas políticas de saúde, é preciso levar em consideração que os idosos diferem de acordo com a história de vida, grau de independência funcional, demanda por serviços e contexto sociocultural em que estão inseridos (BRASIL, 2006b).

Entre os diversos aspectos do envelhecimento ativo, destaca-se aqui a relação idoso ativo e lazer, à medida que tal sujeito é caracterizado como um indivíduo alegre, inteligente e independente, que passeia e se diverte (FERREIRA; MACIEL; SILVA; FARIAS; OLIVEIRA et al., 2010). Assim como as ações de saúde, as opções lazer variam dependendo das condições individuais do idoso, inclusive do ambiente em que vive (FERREIRA; MACIEL; SILVA; FARIAS; OLIVEIRA et al., 2010). Nesse sentido, busca-se relacionar aqui a implementação tanto das políticas de saúde, como das políticas públicas de lazer na população idosa que vive no contexto específico das Instituições de Longa Permanência (ILP).

Quanto às políticas públicas de lazer, cabe, primeiramente, diferenciar a discussão a respeito de políticas públicas de lazer da discussão sobre o objeto de pesquisa lazer. Enquanto a pesquisa teórica busca ampliar e solidificar o conhecimento acerca de um determinado assunto, a prática política busca ampliar o poder dos agentes e o controle político de suas bases. Em comparação com os campos da educação, saúde e habitação, por exemplo, o lazer configura-se como uma opção fraca politicamente, ficando em segundo plano dentro do cenário político (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2004).

Tomando esta linha de raciocínio, observa-se a perspectiva funcionalista do lazer no contexto da política. Um aspecto essencial é o caráter educativo que justifica a inserção do lazer nas políticas públicas, uma vez que o jogo e o brincar propiciam o desenvolvimento pessoal e cognitivo. Outra escolha de valorização do lazer é sua associação ao controle da criminalidade, com atividades em locais com altos índices de violência, consumo e venda de drogas. Cabe referir também a aproximação do lazer com temas como qualidade de vida, incentivo à atividade física e à valorização da cultura. Por fim, há que se destacar a massificação do lazer, denominada indústria cultural, muitas vezes favorável às autoridades políticas, uma vez que, por meio da fabricação em série de produtos de consumo, proporciona o prazer controlado pela classe dominante, não aquele pautado no caráter liberatório (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2004).

A política pública de lazer, ao contrário do exposto acima, deve ter uma postura crítica e articular-se, buscando compartilhar objetivos e recursos (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2004). Nesse sentido, aponta-se para a importância da pesquisa a respeito do objeto lazer e sua contribuição para pensar tal fenômeno no âmbito das políticas públicas.

Tendo em vista que as políticas públicas são construções participativas dos cidadãos que compõem uma sociedade, percebe-se que, no tocante ao lazer, há muito que avançar em termos gerais. Contudo, para se iniciar um discurso sobre ações políticas de lazer específicas para idosos, ou mais, para idosos institucionalizados, ainda há um longo caminho a percorrer, cujas conquistas estão atreladas ao avanço das políticas destinadas aos idosos.

Os objetivos propostos por este estudo visam contribuir não só para a pesquisa do objeto lazer nesta população específica, mas também no fornecimento de subsídios para discussões acerca das políticas públicas neste contexto.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Analisar as atitudes face ao lazer de idosos residentes em instituições de longa permanência, regularmente cadastradas no município de Maringá-PR.

3.2. Objetivos Específicos

- Avaliar o desempenho cognitivo dos idosos;
- Identificar as atividades de lazer realizadas pelos idosos;
- Identificar as atitudes face ao lazer dos idosos com foco nos componentes cognitivo, afetivo e comportamental e em seu aspecto global.

4. METODOLOGIA

4.1 Referencial Teórico

Tendo em vista que se trata de um trabalho da área da Enfermagem, mas envolve, primordialmente, a questão do lazer, julgou-se pertinente discutir a temática, em sua totalidade, à luz dos conceitos de duas teorias: a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, da enfermeira brasileira Wanda de Aguiar Horta, baseada nas dimensões psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 1979), e da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, cujas reflexões residem na crítica realizada à chamada "razão instrumental", inserida na sociedade industrial moderna (NASCIMENTO; MARCELLINO, 2010).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas é fundamentada na Teoria da Motivação Humana, de Maslow, todavia, para a classificação das necessidades, a autora utilizou-se da proposta de João Mohana, dividindo-as em psicobiológicas – que compreendem oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividade física, sexualidade, abrigo mecânica corporal, mobilidade, cuidado corporal, integridade cutaneomucosa, integridade física, regulação, térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção, percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa, ambiente, terapêutica -, psicossociais – relacionadas com a segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, autoestima, participação, autoimagem, atenção - e psicoespirituais – ligadas à religião, ética ou filosofia de vida (HORTA, 1979).

As necessidades humanas básicas caracterizam-se como universais e inter-relacionadas, porém cada ser humano as expressa de maneira diferente, dependendo de fatores tais como situação socioeconômica e cultural, nível de escolaridade, ambiente, história de vida e idade, entre outros (HORTA, 1979), o que torna a presente teoria indispensável à consolidação deste estudo, cujos sujeitos apresentam especificidades para os fatores citados.

O enfermeiro deve entender o ser humano como um todo (corpo, mente e espírito), valorizando os aspectos sociais e emocionais e não somente as partes relacionadas com as patologias em si, possibilitando uma assistência individualizada e humanizada (HORTA,

1979). Assim, o lazer, enquanto necessidade psicossocial do indivíduo, constitui-se também como parte do cuidado de enfermagem.

Já na Teoria da Ação Comunicativa, o conceito de razão instrumental diz respeito ao domínio e controle da ciência sobre a natureza e os seres humanos, definida pela técnica e pela ciência, determinada por relações de meios e fins, isto é, por estratégias que visam ao alcance de objetivos. Habermas, apesar da crítica à racionalidade instrumental, mantém a crença na emancipação por meio do desenvolvimento da racionalidade humana. Dessa forma, propôs a superação do conceito de "razão instrumental" pelo de "razão comunicativa", que compreende um tipo de racionalidade capaz de desenvolver e emancipar o homem, na qual a linguagem constitui um papel fundamental, visto que permite a interação entre indivíduos, através de um processo de argumentação e contra-argumentação, uma verdadeira comunicação entre sujeitos que buscam definir acordos (HABERMAS, 1987).

Além do novo conceito de razão, a Teoria da Ação Comunicativa, publicada em 1981, traz outra forma de compreensão da sociedade, dividida entre o "sistema", que é o mundo do trabalho, do desenvolvimento da economia, do dinheiro e do poder, onde imperam a razão instrumental e o "mundo vivido", que é o mundo da cultura, razão e ação comunicativa (HABERMAS, 1987). Com o avanço da sociedade industrial, o Estado se submeteu cada vez mais às questões financeiras e aos avanços técnicos, distanciando-se de sua função social de discutir e refletir sobre valores e interesses comuns, sendo o "mundo vivido" o espaço de possibilidade de emancipação do homem a partir de suas escolhas (HABERMAS, 1987).

No âmbito do lazer, as possíveis contribuições teóricas de Habermas embasam estudos de questões relacionadas com o tema numa perspectiva não estritamente ligada ao mundo do trabalho, contrários à grande maioria das pesquisas que dicotomizam trabalho e lazer, tendo em vista que a sociedade determinada pela ação comunicativa permite pensar uma realidade diferente, em que a categoria trabalho, ao invés de determinante, passa a ter o mesmo potencial em relação às demais esferas da vida social (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2008).

Neste contexto, o lazer não teria relação direta com o "mundo do trabalho", que seria o "mundo do sistema", já que estaria inserido no chamado "mundo vivido", buscando diferenciação de um amplo cenário de estudiosos que abordam o lazer fundamentado na dicotomia tempo livre/tempo de trabalho. O lazer interpretado a partir da "Teoria da Ação

Comunicativa” seria essencialmente uma relação social que se expressa no mundo da vida por meio da integração entre as pessoas, da busca do divertimento e da vontade de sentir prazer (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2011).

À maneira de diversos autores, como Gustavo Gutierrez, Marco Bettine de Almeida e Eduardo Carracosa de Oliveira, que buscaram apoio neste referencial teórico para o estudo de temas tais como o lazer nas prisões (NASCIMENTO; MARCELLINO, 2010), a presente pesquisa se baseia nas considerações apresentadas no intuito de analisar as atitudes face ao lazer que, no sentido aqui adotado, é afetado pelo tempo subjetivo e pela linguagem pertencentes ao mundo cotidiano, que parece aproximar-se, em determinadas reflexões, da razão comunicativa presente no “mundo vivido”. Além disso, os sujeitos deste estudo, isto é, os idosos institucionalizados, estão de certa forma, inseridos em uma realidade distante do mundo capitalista do trabalho, na qual seria inviável a apropriação de um conceito de lazer determinado pelo trabalho.

4.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. Os estudos descritivos têm como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação, enquanto os delineamentos transversais descrevem os fenômenos e suas relações em determinado período de tempo. No estudo quantitativo, o pesquisador parte da apresentação da questão de pesquisa para a obtenção de uma resposta, em uma sequência lógica de passos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.3 Local de Estudo

O município de Maringá é constituído por 357.077 habitantes, dos quais 43.716 (12,2%) são idosos, mais que a proporção brasileira (IBGE, 2010). Nesse sentido, conta com políticas de proteção e defesa dos direitos dos idosos, as quais são coordenadas pela Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), que atende mais de dois mil idosos regularmente (MARINGÁ, 2012).

A SASC, em parceria com o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), atua com programas de atenção especial. O CMDI trabalha na fiscalização das políticas públicas voltadas ao Idoso e das instituições particulares de atendimento, principalmente as

ILP, segundo determinações do Estatuto do Idoso. Atua também propondo políticas, programas e ações voltadas ao público alvo (MARINGÁ, 2012).

O atendimento aos idosos ocorre por meio da Rede de Proteção Social Básica e da Rede de Proteção Social Especial. A Gerência de Proteção Social Básica oferece atividades de socialização e é responsável pelos dois Centros de Convivência de Idosos governamentais – que possuem atividades de artesanato, ginástica, palestras, curso de corte e costura e escolarização - além dos outros mais de vinte Grupos de Convivência de Idosos de iniciativa não governamental. Já a Gerência de Proteção Social Especial, destinada àqueles que se encontram com fragilidade ou ausência de vínculos familiares, oferece o Serviço de Atendimento a Denúncias de Violação de Direitos, que atende vítimas de violência, em conjunto com o Ministério Público; o Condomínio Morada do Sol que consiste em oito moradias para até dois idosos cada uma, os quais sejam independentes em suas vidas diárias; Casa Lar Benedito Franchini, abrigo de longa permanência, destinado a idosos sem vínculo familiar e/ou cujos direitos tenham sido violados; e o Centro Dia do Idoso, programa de permanência durante o dia, com capacidade de atendimento a trinta idosos (MARINGÁ, 2012).

Com relação à Saúde do Idoso, a Secretaria Municipal de Saúde listou como estratégias essenciais o incentivo aos hábitos saudáveis, a efetivação do uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a garantia de cobertura vacinal adequada das vacinas de gripe, tétano e febre amarela, a promoção de capacitação dos profissionais na área de saúde do idoso e qualificação dos cuidadores de idosos, a prevenção da violência contra idosos, bem como o desenvolvimento de ações que objetivam melhorar a qualidade de vida do idoso institucionalizado (MARINGÁ, 2010).

Todas as ILP do município de Maringá são destinadas aos idosos, o que corresponde a sete instituições regularmente cadastradas, uma governamental e as demais não governamentais. Cada ILPI possui entre 20 e 83 internos e o presente estudo desenvolveu-se em todas elas, mediante autorização dos seus responsáveis.

4.4 População do Estudo

Do total de 43.716 idosos da população maringaense, 297 (0,68%) vivem em ILPIs.

Os participantes deste estudo compreenderam os idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter tempo de institucionalização (TI) de, no mínimo, seis

meses nas ILPIs de Maringá-PR; estar apto a responder às questões do estudo. Este último critério foi avaliado a partir da obtenção do escore mínimo necessário proposto pelo Miniexame do Estado Mental – MEEM (Anexo 1). Tal teste cognitivo foi incluído como instrumento de coleta de dados, uma vez que os dados obtidos por meio dele refletiram resultados importantes para este estudo.

A distribuição dos participantes conforme as ILPIs está apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos idosos participantes do estudo, segundo as ILPIs. Maringá-PR, 2013.

Instituições de Longa Permanência para Idosos de Maringá-PR	Idosos cadastrados	Idosos que responderam ao MEEM	Participantes
Casa Lar Benedito Franchini	20	08	04
Asilo São Vicente de Paulo	83	61	35
Lar dos Velhinhos- Associação Cultural e Beneficente Nova Lourdes	51	33	23
Associação Paranaense de Amparo às Pessoas Idosas – Wajunkai	25	14	11
Recanto Maanain - Razão Social: Patroni & Martins LTDA – ME	45	16	07
Lar de Cristo Luz Amor	46	16	09
Lar Hotel e Longa Permanência Para Idosos Bem Viver	27	13	08
TOTAL	297	161	97

As etapas percorridas até a definição dos participantes, a partir dos 297 idosos, que compuseram a população do estudo, estão ilustradas na Figura 1. Estas são referentes à falta de condições biológicas ou psíquicas para participar da pesquisa, institucionalização há menos de seis meses, recusas, idade menor que 60 anos, hospitalização e divergência de idiomas.

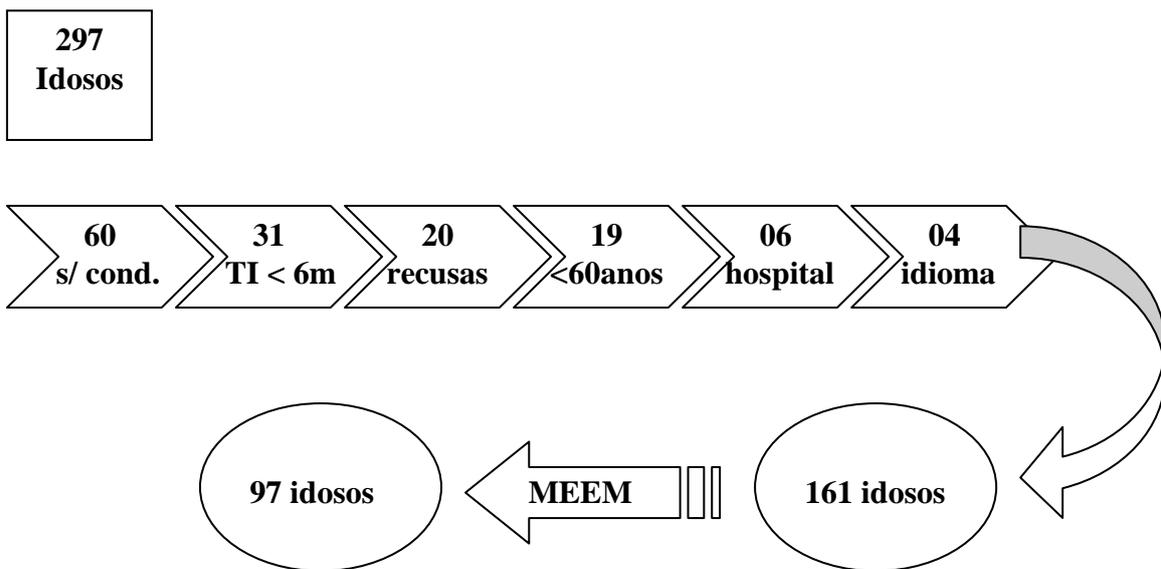


Figura 1. Etapas para definir os participantes do estudo.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados três instrumentos para a coleta dos dados:

1. **Perfil sócio-demográfico e de institucionalização relacionado ao Lazer** (Apêndice A) - elaborado pela pesquisadora e destinado à identificação do idoso, seu perfil sócio-demográfico, suas características de institucionalização, e ao levantamento das atividades de lazer oferecidas aos idosos das ILPIs, se houver.

2. **Miniexame do Estado Mental – MEEM** (Anexo I) – destinado à avaliação do estado cognitivo. Elaborado por Folstein (1975), é composto por questões agrupadas nas categorias: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de 0 a 30 pontos, indicando maior ou menor grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, respectivamente. Conforme proposto pelos autores, foram considerados pontos de corte para declínio cognitivo escore abaixo de 20 pontos para idosos analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para idosos com 9 a 11 anos de estudo; e 29 pontos para idosos com mais de 11 anos de estudo (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI et. al, 2003). Pode ser aplicado por clínico, profissionais de outras áreas ou pessoa leiga após rápido treinamento e demanda em torno de 5 a 10 minutos para ser completado (LOURENÇO; VERAS, 2006).

3. Escala de Atitudes Face ao Lazer (Anexo II) - destinada à mensuração das atitudes, nos aspectos cognitivo, afetivo e comportamental, dos idosos face ao lazer. Originalmente construída por Ragheb e Beard (1982), é a única que mede os três componentes da atitude - cognitivo, afetivo e comportamental - separadamente. Em 2006, foi traduzida para o português e validada por Freire e Fonte (2007). Após contato, as autoras sinalizaram autorização para o uso do instrumento na presente pesquisa e comprometeram-se a enviá-lo tão logo quanto possível via e-mail.

É composta por 36 itens, divididos em três subescalas relativas aos componentes da atitude. Cada subescala contém 12 itens, todos dirigidos para o sentido positivo da atitude. Utiliza como sistema de resposta a escala do tipo Likert em cinco níveis, em que 1 revela atitude extremamente negativa ("Discordo totalmente") e 5 atitude extremamente positiva ("Concordo totalmente"). O ponto 3 corresponde ao nível neutro quanto à direção da atitude ("Nem discordo e nem concordo"). Os valores das medidas da atitude, seja para a escala geral ou para cada subescala, são obtidos através da adição aritmética das respostas dadas pelo participante nos respectivos itens. Assim, para cada subescala o valor total mínimo possível é 12 e o máximo é 60 (ponto neutro situado no valor 36). Já em relação à escala total, o valor mínimo possível é 36 e o máximo 180 (ponto neutro situado no valor 108). Valores mais elevados (acima do ponto neutro) revelam atitudes mais positivas e, ao contrário, os mais baixos (abaixo do ponto neutro) indicam atitudes mais negativas em relação ao lazer (FREIRE; FONTE, 2007).

Esta versão da escala apresentou características psicométricas adequadas em termos de validade e fidelidade, além de reforçar a conceituação do desenvolvimento da escala original, uma vez que permite a medida dos três componentes das atitudes face ao lazer, em contextos culturais diferentes. O instrumento contribui para análise consistente dos processos sócio-cognitivos associados às atitudes face ao lazer, destacando-se a necessidade de realização de estudos deste tipo em outros contextos culturais e/ou populações específicas para a investigação das atitudes e lazer (FREIRE; FONTE, 2007).

4.6 Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e março de 2013, os idosos entrevistados nas respectivas ILPIs. Após contato e autorização dos responsáveis pelas instituições, cada idoso foi abordado individualmente, sendo explicado o estudo e

solicitada sua participação. Após o aceite, foi aplicado o MEEM para triagem e, ao obter o escore satisfatório de acordo com a escolaridade do idoso, seguiu-se a aplicação do Perfil sócio-demográfico e de institucionalização relacionado com o Lazer e a Escala de Atitudes Face ao Lazer pela pesquisadora. A coleta ocorreu no período vespertino, conforme as possibilidades e necessidades das ILPIs nas datas e horários previstos.

4.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram tabulados em planilha do *Microsoft Office Excel 2010*. Passaram por análise estatística descritiva os dados relativos à caracterização socioeconômica, de institucionalização e de lazer dos sujeitos, bem como a mensuração de atitudes positivas e negativas face ao lazer. As atividades de lazer referidas pelos idosos foram classificadas de acordo com as seguintes categorias: físicas, manuais, artísticas, intelectuais, associativas e turísticas (DUMAZEDIER, 1979).

Os escores provenientes do MEEM foram analisados por meio do teste qui-quadrado para associação com as variáveis sócio-demográficas, e por meio do teste de Mann-Whitney (teste da soma de rank), para testar hipóteses acerca do declínio cognitivo em cada domínio do MEEM.

A associação entre as variáveis categóricas e a realização ou não de atividades de lazer foi verificada por meio do teste qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, quando o número de observações era menor do que cinco nas escalas das tabelas. A correlação entre as subescalas que compõem a Escala de Atitudes Face ao Lazer, incluindo a escala global, foi verificada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

Para aplicar os testes estatísticos, foi utilizado o *Software Statistical Analysis System* (SAS) 91.1 e o nível de significância considerado para os testes estatísticos foi 5%.

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi autorizada pelos responsáveis pelas instituições (ANEXOS III a X) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM), sob o parecer nº 160.445 (Anexo XI), de acordo com a Resolução 466/12. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos participantes ou seus responsáveis em duas vias (Apêndice B).

5. RESULTADOS

Para melhor organização, e posterior publicação dos dados, os resultados estão apresentados na forma de dois manuscritos:

Manuscrito 1 – Avaliação cognitiva de idosos residentes em instituições de longa permanência

Manuscrito 2 – Atitudes de idosos institucionalizados face ao lazer: subsídios para a prática de enfermagem.

5.1 Manuscrito 1: AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA¹

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, cujo objetivo foi avaliar a cognição de idosos residentes nas instituições de longa permanência, regularmente cadastradas do município de Maringá-PR-Brasil. Os dados foram coletados com 161 idosos, utilizando o Miniexame do Estado Mental, entre janeiro e março de 2013, e analisados por meio dos testes qui-quadrado e teste de Mann-Withney (teste da soma de rank). Predominaram idosos com 80 anos de idade ou mais, que têm ou já tiveram companheiro(a) e frequentaram de um a oito anos do ensino formal. Do total de idosos, 39,8% apresentaram déficit cognitivo e evidenciou-se, pela análise estatística, pior desempenho cognitivo no sexo feminino em relação ao masculino. Os domínios que compõem o Miniexame do Estado Mental tiveram associação estatisticamente significativa com declínio cognitivo, sendo que orientação, atenção e cálculo e memória de evocação apresentaram maior influência sobre a presença de déficit cognitivo. Os profissionais de enfermagem devem estar aptos para aplicação de instrumentos de avaliação do declínio cognitivo em idosos e para elaboração e prática de atividades que melhorem seu desenvolvimento, visando à qualidade de vida.

Descritores: Saúde do Idoso Institucionalizado; Cognição; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica.

COGNITIVE ASSESSMENT OF ELDERLY RESIDENTS IN INSTITUTIONS OF LONG STAY

ABSTRACT

This is a descriptive, transversal and quantitative, whose aim was to evaluate the cognition of elderly residents in long-term facilities, regularly registered from Maringá-PR. Data were collected from 161 elderly, using the Mini Mental State Examination, between January and March 2013 and analyzed using the chi-square test and Mann-Whitney (rank-sum test). Were predominant aged 80 or older, who has or had a partner and who attended one to eight years of formal education. Among the elderly, 39.8 % had cognitive impairment and showed up for the statistical analysis, worse cognitive performance in females compared to males. The domains that make up the Mini Mental State Examination had a statistically significant association with cognitive decline, and orientation, attention and calculation and memory recall showed greater influence on the presence of cognitive impairment. Nursing professionals must be able to apply assessment tools of cognitive decline in the elderly and for the preparation and practice activities that enhance their development aimed at quality of life.

Descriptors: Health of Institutionalized Elderly; Cognition; Homes for the Aged; Geriatric Nursing.

¹Manuscrito formatado Segundo normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP

EVALUACIÓN COGNITIVA DE RESIDENTES MAYORES EN INSTITUCIONES DE LARGA PERMANENCIA

RESUMEN

Esto es una descriptivo, transversal y cuantitativo, con el objetivo de evaluar la cognición de los ancianos residentes en instituciones de larga permanencia para adultos mayores, registrados regularmente en Maringá-PR. Los datos fueron obtenidos de 161 ancianos, utilizando el Mini Examen del Estado Mental, entre enero y marzo de 2013 y analizados mediante el test de chi-cuadrado y Mann -Whitney (prueba de suma de rangos). Se predominaron 80 años o más, que ha envejecido o han tenido un compañero y que asistió de uno a ocho años de educación formal. De las personas mayores, el 39,8 % tenían deterioro cognitivo y se presentó para el análisis estadístico, el peor rendimiento cognitivo en las mujeres en comparación con los varones. Los dominios que componen el Mini Examen del Estado Mental tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo y la orientación, atención y cálculo y la recuperación de la memoria mostraron una mayor influencia en la presencia de deterioro cognitivo. Los profesionales de enfermería deben ser capaces de aplicar los instrumentos de evaluación del deterioro cognitivo en los ancianos y para las actividades de preparación y práctica que les permitan mejorar su desarrollo destinado a la calidad de vida.

Descriptor: Salud del Anciano Institucionalizado; Cognición; Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

São inúmeras as repercussões sociais e econômicas do envelhecimento populacional no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde os recursos dos sistemas de saúde e de previdência social ainda não são proporcionais ao crescimento da população economicamente inativa. O Brasil, incluído nesse grupo, possui cerca de 10% da sua população formada por pessoas com idade maior ou igual a 60 anos, além da estimativa de ocupar o sexto lugar no *ranking* dos países com maior número de idosos em 2025 (IBGE, 2010)⁽¹⁾, o que tem tornado crescente a preocupação, no âmbito da saúde pública, com a promoção da qualidade de vida dos indivíduos que estão envelhecendo.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, sendo denominado senescência, mas, por outro lado, quando associado ao desenvolvimento de uma condição patológica, designa-se senilidade (CIOSAK; BRAZ; COSTA et. al., 2011)⁽²⁾. Assim, os declínios funcionais inerentes ao processo de envelhecimento podem variar de acordo com as particularidades de cada sujeito e, associados ou não a doenças, podem influenciar diretamente na capacidade de manutenção da autonomia e da independência (LENARDT;

MICHEL; WACHHOLZ et al, 2009)⁽³⁾. As alterações estão comumente associadas à memória, raciocínio, sono, distúrbios psicológicos, modificações nas atividades da vida diária e perdas cognitivas (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010)⁽⁴⁾. Estas últimas, devido às grandes repercussões e à inexistência de tratamentos eficazes para reversão dos danos já ocorridos, são as que geram maior impacto aos idosos, aos seus familiares e à sociedade (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al, 2009)⁽³⁾.

O cuidado à pessoa idosa, conforme estabelecem os artigos nº 229 e 230 da Constituição Brasileira, é de responsabilidade da família (BRASIL, 1988)⁽⁵⁾. Entretanto, diante das mudanças ocorridas na estrutura familiar, tais como a queda acelerada da fecundidade, maior participação das mulheres no mercado de trabalho e novos arranjos familiares (CAMARANO; KANSO,2010; FLORES; BORGES; BUDÓ et al.,2011; COLOMÉ; MARQUI; JAHN et al.,2011)⁽⁶⁻⁸⁾, permeadas ainda pelas já citadas alterações do estado cognitivo e pela não realização de atividades antes exercidas pelos idosos (COLOMÉ; MARQUI; JAHN et al., 2011; MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012)⁽⁸⁻⁹⁾, aumenta a procura por instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

As ILPIs se constituem como domicílio coletivo público ou privado de pessoas com 60 anos ou mais, que possuam ou não suporte familiar, de forma a reservar-lhes a condição de dignidade, liberdade e cidadania (ANVISA, 2005)⁽¹⁰⁾. Menos de 1% da população idosa brasileira reside em ILPIs e, especificamente no estado do Paraná, cuja população idosa representa 11% do total de habitantes (IBGE, 2010)⁽¹⁾, existem cerca de 250 ILPIs, que abrigam aproximadamente 5.500 idosos, representando 0,6% da população idosa do estado (IPEA, 2008)⁽¹¹⁾. Apesar de aparentarem pouca representatividade, vale lembrar que a mudança repentina do ambiente familiar para o institucional acarreta, grande parte das vezes, a diminuição do desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, favorecendo o aumento da vulnerabilidade do idoso em questão, principalmente considerando que a maioria dessas ILPIs carece de recursos humanos e financeiros adequados ao oferecimento de uma atenção integral aos seus residentes (COLOMÉ; MARQUI; JAHN et al., 2011)⁽⁸⁾.

A atuação do enfermeiro, favorecida pelo estabelecimento de uma boa relação enfermeiro-cliente, é indispensável para a implementação de tecnologias leves, especialmente de estratégias educativas, no intuito de acrescentar qualidade à vida dos idosos (JESUS; SENA; MEIRA et al, 2010; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011)⁽¹²⁻¹³⁾. Nesta perspectiva, a avaliação e o acompanhamento das aptidões cognitivas, utilizando testes neuropsicológicos, permitem adequar os cuidados de enfermagem às

necessidades dos idosos institucionalizados em seus diferentes processos de envelhecer, direcionando esforços para a manutenção de sua capacidade funcional e adaptação ao contexto institucional. (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al, 2009; LEITE; HILDEBRANDT; KIRCHNER et al, 2012)^(3,14). Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a cognição de idosos residentes nas ILPIs, regularmente cadastradas, do município de Maringá-PR-Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, parte da investigação da dissertação de mestrado nominada “Atitudes do idoso face ao lazer: um estudo em Instituições de Longa Permanência”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM), sob o parecer nº 160.445, de acordo com a Resolução 466/12.

A pesquisa foi realizada em sete instituições de longa permanência regularmente cadastradas na Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) do município de Maringá-PR-Brasil. Do total de idosos da população maringaense, 297 (0,68%) residem em ILPIs e compuseram o público do presente estudo. Destes, foram selecionados os idosos aptos a participarem da pesquisa com base nos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, considerada pessoa idosa conforme o Estatuto do Idoso; residir há, no mínimo, seis meses nas ILPIs de Maringá-PR; ter capacidade para responder às questões dos instrumentos aplicados; e concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que deixaram a ILPI durante o período de coleta de dados. Dessa forma, 161 idosos participaram do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e março de 2013, por meio da aplicação de um instrumento destinado ao levantamento do perfil sociodemográfico dos idosos, elaborado pela pesquisadora, e do Miniexame do Estado Mental (MEEM), originalmente proposto em 1975, validado para o português em 1994 e modificado em 2003 (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI et. al, 2003)⁽¹⁵⁾, um dos instrumentos mais utilizados pelos profissionais de saúde no mundo para avaliação e rastreio de comprometimento cognitivo (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al., 2009)⁽³⁾.

O MEEM é composto por questões agrupadas nas categorias orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total pode variar de zero até 30 pontos, indicando maior ou menor grau de comprometimento cognitivo, respectivamente. Os idosos foram classificados com ou sem declínio cognitivo segundo os pontos de corte proposto pelos autores, como escore abaixo de 20 pontos para idosos analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para idosos com 9 a 11 anos de estudo; e 29 pontos para idosos com mais de 11 anos de estudo (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI, 2003)⁽¹⁵⁾.

Os dados relativos à caracterização dos sujeitos passaram por análise estatística descritiva. Os escores provenientes do MEEM foram analisados através do teste qui-quadrado para associação com as variáveis sociodemográficas e do teste de Mann-Whitney (teste da soma de *rank*) para testar hipóteses acerca do declínio cognitivo em cada domínio do MEEM, utilizando o *Software Statistical Analysis System (SAS)* 91.1. O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 161 idosos institucionalizados, sendo 81 (50,3%) do sexo masculino e 80 do sexo feminino (49,7%). Com relação ao MEEM, a média para todos os idosos foi de 20,9 pontos ($\pm 7,1$), com amplitude de 4 a 30. Foram identificados 64 (39,8%) idosos com declínio cognitivo, cuja média foi de 13,6 pontos ($\pm 4,9$), com amplitude de 4 a 23 pontos.

Observou-se a predominância de idosos com 80 anos de idade ou mais (42,2%). Ao relacionar faixa etária com declínio cognitivo, destaca-se que 47,9% dos idosos com idade entre 70 e 79 anos e 41,2% dos idosos com 80 anos ou mais apresentaram declínio cognitivo. Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria tem ou já teve união estável, o que inclui casados, viúvos e separados (60,25%), e, referente ao estado cognitivo, notou-se que 45,3% que relataram nunca ter tido companheiro(a) manifestaram declínio cognitivo.

Quanto ao nível de escolaridade, prevaleceram idosos que frequentaram de um a oito anos do ensino formal (54,65%), os quais apresentaram nível cognitivo aparentemente melhor com relação aos idosos analfabetos, pois, embora não haja evidências estatísticas, é possível observar uma redução do número percentual de indivíduos com declínio cognitivo

dos últimos para os primeiros (47,5% e 34,1%, respectivamente). O mesmo não parece acontecer entre os idosos que frequentaram mais de oito anos do ensino formal, cujo percentual (41,7%) de indivíduos com declínio cognitivo aumentou em relação àqueles que frequentaram de um a oito anos de escola. Sobre o tempo de institucionalização, a maioria reside há, no mínimo, um e, no máximo, cinco anos (49,7%) nas ILPIs, sendo de caráter governamental ou filantrópico as que abrigam o maior número de idosos (63,3%) estudados (Tabela 1).

Entre os 64 idosos que manifestaram declínio cognitivo, predominaram aqueles do sexo feminino (59,4%), com 80 anos de idade ou mais (43,75%), que têm ou já tiveram um companheiro(a) (54,7%), que frequentaram de um a oito anos do ensino formal (46,9%) e que possuíam entre um e cinco anos de institucionalização (50,0%). Ao associar a variável sexo com declínio cognitivo, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0459$) entre homens e mulheres, que obtiveram no MEEM, respectivamente, as médias de escore 14,8 e 12,8 para idosos com declínio cognitivo e 25,9 e 25,4, para idosos sem declínio cognitivo. Para as demais variáveis categóricas, não houve diferenças estatísticas referentes ao declínio cognitivo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo características sociodemográficas. Maringá, PR, 2013.

Variáveis	Categorias	CDC [†]		SDC [‡]		Total N	p-valor
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	26	32,10	55	67,90	81	0,0459*
	Feminino	38	47,50	42	52,50	80	
Faixa Etária	60 a 69 anos	13	28,90	32	71,10	45	0,1644
	70 a 79 anos	23	47,90	25	52,10	48	
	80 anos ou +	28	41,20	40	58,80	68	
Estado Civil	Solteiro	29	45,30	35	54,70	64	0,2415
	Tem/teve união estável	35	36,10	62	63,90	97	
Escolaridade	Analfabeto	29	47,50	32	52,50	61	0,2540
	1 a 8 anos	30	34,10	58	65,90	88	
	+ de 8 anos	05	41,70	07	58,30	12	
Tempo de Institucionalização	6 meses a 1 ano	16	42,10	22	57,90	38	0,9021
	1 a 5 anos	32	40,00	48	60,00	80	
	5 anos ou +	16	37,20	27	62,80	43	

*p-valor<0,05 - teste qui-quadrado; †Com declínio cognitivo segundo o MEEM; ‡Sem declínio cognitivo segundo o MEEM.

Com relação ao declínio cognitivo dos idosos nas sete ILPIs estudadas, constatou-se que duas delas obtiveram a menor média no MEEM (19,8), sendo uma de caráter filantrópico e outra particular, enquanto a média mais alta para o MEEM (23,0) foi alcançada apenas por uma instituição particular (Tabela 2). Apesar da não verificação de associação entre a variável caráter das ILPIs e o declínio cognitivo, destaca-se que as ILPIs que apresentaram o maior e o menor percentual de idosos com declínio cognitivo (56,3% e 21,4%, respectivamente) são particulares, e a única ILPI de caráter governamental apresentou o mesmo número de idosos com e sem declínio cognitivo (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo Instituições de Longa Permanência. Maringá, PR, 2013.

ILPI	Caráter ILPI	MEEM (Média)	CDC [†]		SDC [‡]		Total
			n	%	N	%	
A	Filantrópica	19,8	26	42,6	35	57,4	61
B	Filantrópica	22,4	10	30,3	23	69,7	33
C	Particular	19,8	09	56,3	07	43,7	16
D	Particular	20,9	07	43,7	09	56,3	16
E	Governamental	20,9	04	50,0	04	50,0	08
F	Particular	23,0	03	21,4	11	78,6	14
G	Particular	21,3	05	38,5	08	61,5	13

†Com declínio cognitivo segundo o MEEM; ‡Sem declínio cognitivo segundo o MEEM.

No que concerne aos domínios que compõem o MEEM, verificou-se que todas apresentaram diferenças estatisticamente significativas quanto ao declínio cognitivo para idosos institucionalizados (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados, segundo domínios do MEEM. Maringá, PR, 2013.

Domínio MEEM	CDC [†] (n = 67)				SDC [‡] (n = 97)				p- valor
	Média	DP [§]	Min	Max [¶]	Média	DP [§]	Min	Max [¶]	
Orientação tempo/espaço	3,0	2,05	0	9	8,5	1,74	3	10	0,00*
Memória imediate	2,3	1,00	0	3	2,9	0,24	2	3	0,00*
Atenção e cálculo	2,1	1,82	0	5	4,4	1,24	0	5	0,00*

Memória de evocação	0,6	0,83	0	3	2,0	0,90	0	3	0,00*
Linguagem	2,3	0,91	0	3	3,0	0,14	2	3	0,00*
Capacidade construtiva visual	3,2	1,36	0	6	4,8	1,20	2	6	0,00*

*p-valor<0,05 - teste de Mann-Whitney; †Com declínio cognitivo segundo o MEEM; ‡Sem declínio cognitivo segundo o MEEM; §Desvio-padrão; †Valores mínimos; †Valores máximos.

Principalmente nas categorias orientação tempo e espaço, atenção e cálculo e memória de evocação, é possível observar que as médias obtidas por idosos com declínio cognitivo são menores que a metade das médias obtidas por aqueles que não manifestaram declínio cognitivo (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A feminilização do grupo etário formado por idosos, decorrente da diferença entre a expectativa de vida masculina e feminina, expõe as mulheres à pobreza, à solidão e ao risco de morbidade (LEITE; HILDEBRANDT; KIRCHNER et al, 2012; DEL DUCA; SILVA; THUMÉ et al, 2012; MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012)^(9,14,15), sendo sua presença mais frequente do que a dos homens nas ILPIs, conforme confirmam estudos nacionais e internacionais (FEITAS; NORONHA, 2010; DEL DUCA; SILVA; THUMÉ et al, 2012; MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012; RAVONA-SPRINGER; LUO; SCHMEIDLER et al, 2011; GUERRERO-BERROA; LUO; SCHMEIDLER et al, 2009)^(9,16-19). No entanto, os resultados do presente estudo demonstraram que não houve predomínio de nenhum sexo nas ILPIs estudadas, fato que pode ser justificado pela variabilidade da composição destas residências coletivas, visto que há constantes entradas e saídas de idosos, seja por óbito ou por não adaptação às normas da instituição (FREITAS; NORONHA, 2010)⁽¹⁷⁾.

O avanço da idade acarreta no aumento do risco de incapacidade funcional, bem como de ocorrência de doenças crônicas e internações hospitalares e, conseqüentemente, indica uma tendência de aumento da chance de institucionalização (DEL DUCA; SILVA; THUMÉ et al., 2012)⁽¹⁶⁾, tornando comum a prevalência de idosos mais velhos nas ILPIs, como pontuado nesta e em outras pesquisas (RAVONA-SPRINGER; LUO; SCHMEIDLER et al, 2011; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al., 2009)^(3,18).

Quanto ao declínio cognitivo, verificou-se que 39,8% de idosos apresentou essa condição, número expressivo ao considerar que 23,6% dos idosos participantes de grupos de convivência no município de Santa Maria (LEITE; HILDEBRANDT; KIRCHNER et al., 2012)⁽¹⁴⁾ e 26,5% de idosas residentes em uma ILPI do município de Curitiba (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al., 2009)⁽³⁾ apresentaram declínio cognitivo. Contudo, este resultado vai ao encontro de outro estudo realizado em uma ILPI do município de Londrina-PR-Brasil (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012)⁽⁹⁾, onde 39,3% dos idosos possuíam déficit cognitivo.

Outro achado que merece destaque na presente pesquisa se refere aos 47,9% dos idosos com idade entre 70 e 79 anos que mostraram declínio cognitivo, percentual maior do que entre os idosos com 80 anos ou mais (41,2%). Mesmo não considerando as mesmas faixas etárias, o estudo realizado no município de Londrina-PR-Brasil (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012)⁽⁹⁾, supracitado, constatou maior percentual de declínio cognitivo para idosos com idade entre 60 e 85 anos (40%) com relação àqueles maiores de 85 anos (37,5%). Os autores associaram tal evento à impossibilidade de alguns idosos mais velhos de responder ao MEEM, situação também ocorrida nas ILPIs de Maringá-PR-Brasil.

Ainda que a maioria (60,25%) dos idosos tenha ou já tenha tido união estável, destaca-se 45,3% dos solteiros possuem déficit cognitivo segundo o MEEM. Este fato corrobora com estudo de base populacional realizado em Bambuí-MG-Brasil, no qual idosos solteiros, sobretudo aqueles que moram sozinhos, possuem maior risco de deterioração cognitiva e desenvolvimento de demência (CASTRO-COSTA; DEWEY; UCHÔA et al, 2011)⁽²⁰⁾.

Na população em questão, no entanto, não houve associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre nível educacional e declínio cognitivo. A literatura ressalta que baixo nível educacional é considerado um fator de risco para perdas cognitivas em idades avançadas e está relacionado a uma maior exposição a fatores ambientais deletérios ao sistema nervoso central (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012; LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al., 2009)^(3,9). Estudos realizados em Minas Gerais-Brasil e Nova Iorque (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011; GUERRERO-BERROA; LUO; SCHMEIDLER et al., 2009)^(17,19) apontaram forte associação entre pior escolaridade e escores mais baixos do MEEM.

Em contrapartida, estudos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido (RAVONA-SPRINGER; LUO; SCHMEIDLER et al, 2011; KARLAMANGLA; MILLER-MARTINEZ; ANESHENSEL et al, 2009; MUNIZ-TERRERA; MATTHEWS; DENING et al, 2009)^(18,21-22) corroboram com o resultado da presente pesquisa e com o estudo realizado no município de Londrina-PR-Brasil (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012)⁽⁹⁾. Este último destacou ainda que a inexistência de associação não descarta a percepção, por meio de análise descritiva, de que mais anos de educação formal acarretam em melhor estado cognitivo, acredita-se que devido à maior resistência e flexibilidade do cérebro diante dos efeitos de doenças ou das alterações comuns causadas pelo envelhecimento (AVILA; MOSCOSO; RIBEIZ et. al., 2009)⁽²³⁾.

O achado destacado acima destoa do presente estudo, tendo em vista que o percentual de idosos que apresentaram declínio cognitivo foi maior entre os indivíduos com mais de oito anos de estudo, do que entre aqueles que frequentaram de um a oito anos do ensino formal. Estudo realizado em Bambuí-MG-Brasil demonstrou que pessoas com elevado nível educacional manifestavam declínio cognitivo mais rápido (CASTRO-COSTA; DEWEY; UCHÔA et al, 2011)⁽²⁰⁾. Todavia, ponderou que tal fato poderia estar relacionado ao pequeno número de participantes com alto nível educacional no estudo, que correspondia aos idosos com baixo nível educacional de outras pesquisas, cujas populações eram mais escolarizadas (CASTRO-COSTA; DEWEY; UCHÔA et al, 2011)⁽²⁰⁾.

Constatou-se, na análise estatística, associação entre a variável sexo e o declínio cognitivo, havendo pior desempenho por parte das mulheres neste quesito na população estudada. Este resultado diverge do encontrado em estudo americano, no qual as mulheres apresentaram, inicialmente, escores mais elevados do que os homens no MEEM (KARLAMANGLA; MILLER-MARTINEZ; ANESHENSEL et al, 2009)⁽²¹⁾. Entretanto, o declínio cognitivo tende a ocorrer com maior velocidade em mulheres, pessoas com elevado nível educacional e pessoas com idade avançada (CASTRO-COSTA; DEWEY; UCHÔA et al, 2011)⁽²⁰⁾.

Das médias dos escores do MEEM encontradas para cada ILPI, duas ficaram abaixo e cinco atingiram o ponto de corte mínimo estabelecido por nível educacional (20 pontos), não chegando a ultrapassar o segundo ponto de corte, para indivíduos que frequentaram de um a quatro anos o ensino formal (25 pontos), acredita-se, em virtude do considerável número de idosos analfabetos. Vale ressaltar, neste caso, que maiores oportunidades de acesso aos meios de alfabetização poderiam contribuir, especialmente,

para a promoção da saúde dos idosos que vivem no contexto institucional (DEL DUCA; SILVA; THUMÉ et al, 2012)⁽¹⁶⁾.

Referente à fonte de recursos para sua manutenção, as ILPIs governamentais dependem, em grande parte, do orçamento do município; as instituições sem fins lucrativos de caráter filantrópico, na maior parte das vezes, contam com alguma verba pública, escassa e atrasada, e absorvem parte ou a totalidade da aposentadoria dos residentes. As ILPIs sem fins lucrativos de caráter privado dependem principalmente de doações e parcerias com empresas que, geralmente, envolvem ações burocráticas, além de alternativas criativas, como a confecção de produtos para venda e realização de festas e bazares beneficentes (CEUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2007)⁽²⁴⁾.

Diante de tais dificuldades, surgem estabelecimentos irregulares, com características iatrogênicas e realidade de total abandono, negligência, violência e maus-tratos ao idoso. Sabendo dos problemas enfrentados pelas ILPIs para sua manutenção econômica, sejam elas de caráter governamental, filantrópico ou particular, é possível compreender que o desempenho no MEEM não depende da fonte de recursos da ILPI, mas da existência concreta dos mesmos, uma vez que são indispensáveis à oferta de condições mínimas de sobrevivência e estrutura adequada para o estímulo ao envelhecimento ativo, de modo a preservar as funções biopsicossociais do idoso e garantir-lhe qualidade de vida.

A análise do declínio cognitivo dos idosos, baseada nos domínios do MEEM, pode contribuir para relacionar o perfil do desempenho com uma possível doença basal. Indivíduos com Parkinson, por exemplo, apresentam maiores dificuldades nos domínios de atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual, enquanto aqueles com Alzheimer inicial possuem mais dificuldade no domínio memória de evocação, já os sujeitos com quadros de confusão mental têm maior comprometimento no domínio de orientação e idosos deprimidos mostram comprometimento, principalmente, no domínio capacidade construtiva visual (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ et al, 2009)⁽³⁾.

Muito se sabe sobre o MEEM como ferramenta de triagem para demência e taxa de declínio cognitivo, porém, pobre é o conhecimento com relação à contribuição específica de cada domínio ou da combinação deles para o declínio cognitivo geral do indivíduo. Estudo americano (GUERRERO-BERROA; LUO; SCHMEIDLER et al., 2009)⁽¹⁹⁾ comprovou que o domínio orientação temporal dobrou a taxa de declínio no MEEM. Além disso, constatou-se que o bom desempenho no domínio memória de evocação, associado ao bom desempenho no domínio atenção e cálculo ou orientação temporal, funcionou

como fator de proteção para o declínio cognitivo (GUERRERO-BERROA; LUO; SCHMEIDLER et al., 2009)⁽¹⁹⁾. Os três domínios citados obtiveram as maiores diferenças entre as médias dos escores do MEEM para idosos com e sem declínio cognitivo na população estudada. Destaca-se, portanto, que a avaliação do domínio de orientação é importante para as investigações que visam identificar indivíduos com alto risco de declínio cognitivo, sobretudo com foco na perda de memória e que, quando o desempenho do domínio memória de evocação, juntamente com um dos outros dois domínios citados, é prejudicado, deve-se recomendar uma avaliação global para demência (GUERRERO-BERROA; LUO; SCHMEIDLER et al., 2009)⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Nas ILPIs estudadas evidenciou-se o predomínio de idosos com 80 anos de idade ou mais que têm ou já tiveram companheiro(a) e que frequentaram de um a oito anos do ensino formal. O tempo de institucionalização variou de um a cinco anos e as instituições eram de caráter governamental, filantrópico ou particular. Do total de idosos, 39,8% apresentaram déficit cognitivo, segundo o MEEM, e a variável categórica sexo foi a única que obteve associação estatisticamente significativa com relação ao declínio cognitivo, estando este presente com mais frequência entre as mulheres. Os domínios que compõem o MEEM tiveram associação significativa com o desempenho cognitivo, sendo que os domínios de orientação, atenção e cálculo e memória de evocação apresentaram as diferenças mais evidentes para idosos com e sem declínio cognitivo.

O presente estudo buscou avaliar a capacidade cognitiva de idosos em situação de vulnerabilidade, com um número consideravelmente significativo de indivíduos, agregando subsídios ao corpo de conhecimento já existente nesta perspectiva. Contudo, também apresenta limitações, tais como a não inclusão de variáveis econômicas e de condições de saúde, que poderiam influenciar no desempenho cognitivo dos idosos. Sugere-se, para estudos futuros, que apliquem o MEEM, com especial atenção às contribuições específicas de cada um dos seus domínios, bem como outros instrumentos de avaliação cognitiva disponíveis em populações que vivem em diferentes contextos, a fim de enriquecer as discussões e intervenções acerca do tema.

Fundamentados na consolidação desse conhecimento, os profissionais de enfermagem, em conjunto com a equipe multidisciplinar, tendo em vista seu papel de

preservar a dignidade, a liberdade e a individualidade do idoso, devem estar preparados para a aplicação de instrumentos de avaliação do declínio cognitivo neste grupo específico e para a elaboração e prática de atividades que melhorem seu desenvolvimento, visando à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro; 2010.
2. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA; Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et. al. Senescence and senility: a new paradigm in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Spe2):1763-8.
3. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA, Borghi AS, Seima MD. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(5):638-44.
4. Schlindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurocienc*. 2010; 18(2):220-26.
5. Constituição 1988 (BR). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
6. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev bras estud popul*. 2010; 27(1):232-5.
7. Flores GC, Borges ZN, Budó MLD, Silva FM. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Cienc cuid saude*. 2011; 10(3):533-40.
8. Colomé ICS, Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Carli R, Winck MT, et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *REE [on-line]*. 2011; 13(2):306-12.
9. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum*. 2012; 34(1):95-102.
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução da Diretoria Colegiada nº 283. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos [on-line]. Brasília (DF); 2005 [citado 2013 dez 22]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>.
11. Camarano AA, coordenadora. Características das Instituições de Longa Permanência para idosos - Região Sul. Brasília (DF): IPEA; 2008.

12. Jesus IS, Sena ELS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev gauch enferm.* 2010; 31(2):285-92.
13. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(1):29-35.
14. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev gauch enferm.* 2012; 33(4):64-71.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuro-psiquiatr.* 2003; 61(3B):777-81.
16. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev saude publica.* 2012; 46(1):147-53.
17. Freitas AVS, Noronha CV. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação.* 2010; 14(33):359-369.
18. Ravona-Springer R, Luo X, Schmeidler J, Wysocki M.; LESSER, G. T.; RAPP, M. A.; et al. The Association of Age With Rate of Cognitive Decline in Elderly Individuals Residing in Supporting Care Facilities. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2011; 25(4):312-16.
19. Guerrero-Berroa E, Luo X, Schmeidler J, Rapp MA, Dahlman K, Grossman HT, et al. The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *Int j geriat psychiatry.* 2009;24(12): 1429-37.
20. Castro-Costa E, Dewey ME, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Stewart R. Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí cohort study of aging. *Cad saude publica.* 2011; (Supl 3)27:345-50.
21. Karlamangla AS, Miller-Martinez D, Aneshensel CS, Seeman TE, Wightl RG, Chodosh J. Trajectories of Cognitive Function in Late Life in the United States: Demographic and Socioeconomic Predictors. *American Journal of Epidemiology.* 2009; 170(3):331-42.
22. Muniz-Terrera G, Matthews F, Denning T, Huppert FA, Brayne C, Grupo CC75C. Education and trajectories of cognitive decline over 9 years in very old people: methods and risk analysis. *Age and Ageing.* 2009; 38(3):277-82.
23. Avila R, Moscoso MA, Ribeiz S, Arrais J, Jaluul O, Bottino CM. Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 2009; 21(3):560-7.
24. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. *Rev latino-am enfermagem.* 2007; 15(Esp.):748-54.

5.2 Manuscrito 2: ATITUDES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS FACE AO LAZER: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM¹

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar as atividades de lazer realizadas em instituições de longa permanência para idosos, regularmente cadastradas no município de Maringá-PR-Brasil, e analisar as atitudes dos idosos ali residentes face ao lazer em seu aspecto global e com foco nos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizada com 97 idosos, por meio do levantamento do perfil sociodemográfico e da aplicação da Escala de Atitudes Face ao Lazer, entre janeiro e março de 2013. Os dados passaram por análise estatística descritiva, testes de associação (qui-quadrado ou Fisher) e correlação de Spearman. Predominaram idosos do sexo masculino, na faixa etária de 80 anos ou mais, viúvos, com um a oito anos de estudo e que possuíam renda mensal. Faixa etária e renda tiveram associação significativa com a realização de atividades de lazer. Os resultados refletiram uma atitude positiva dos idosos em relação às atividades de lazer, exceto no componente comportamental. Atenta-se para importância da reorientação da formação profissional do enfermeiro para que atue no lazer de forma reflexiva, crítica, prazerosa e criativa face às contradições do meio institucional.

Descritores: Saúde do Idoso Institucionalizado; Atitude; Atividades de Lazer; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica.

ATTITUDES OF ELDERLY INSTITUTIONALIZED FACE TO LEISURE: GRANTS FOR NURSING PRACTICE

ABSTRACT

This study aimed to identify leisure activities performed in homes for the aged, regularly registered from Maringá-PR-Brasil and analyze the attitudes of elderly residents face to leisure in its global aspect and focus on components cognitive, affective and behavioral. It is a descriptive, cross-sectional quantitative approach, performed with 97 seniors, through the knowing of the socio-demographic profile and the application of the Leisure Attitude Scale, between January and March 2013. The data underwent descriptive statistical analysis, association tests (chi-square or Fisher) and Spearman correlation. Predominated elderly male, aged 80 years or older, widowed, with one to eight years of study and had income. Age and income were significantly associated with doing leisure activities. The results reflected a positive attitude of the elderly in relation to leisure activities, except in the behavioral component. Calls attention to the importance of reorientation training of nurses to act in leisure reflexive, critical, creative and pleasurable face the contradictions of the institutional environment.

Descriptors: Health of Institutionalized Elderly; Attitude; Leisure Activities; Homes for the Aged; Geriatric Nursing.

¹Manuscrito formatado Segundo normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem

ACTITUDES DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS FACE AL OCIO: SUBVENCIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar las actividades de ocio en instituciones de larga permanencia para adultos mayores, registrados regularmente en Maringá-PR-Brasil y analizar las actitudes de los residentes de los ancianos se enfrentan al ocio en su aspecto global y enfoque en los componentes cognitivos, afectivos y conductual. Es un descriptivo, transversal, y cuantitativo realizado con 97 personas mayores, a través de lo conocimiento del perfil socio- demográfico y la aplicación de la Escala de Actitud Face al Ocio, entre enero y marzo de 2013. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo, pruebas de asociación (chi -cuadrado o de Fisher) y la correlación de Spearman. Se Predominaron hombre mayor con 80 años de edad o mayores, viudas, con uno a ocho años de estudio y que tenían ingresos. La edad y el ingreso se asociaron significativamente con la realización de actividades de ocio. Los resultados reflejan una actitud positiva de las personas mayores en relación con las actividades de ocio, salvo en el componente conductual. Se llama la atención sobre la importancia de la reorientación de la formación de los enfermeros para actuar en el ocio rostro reflexivo, crítico, creativo y agradable las contradicciones del entorno institucional .

Descriptor: Salud del Anciano Institucionalizado; Actitud; Actividades Recreativas; Hogares para Ancianos; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

O estudo do lazer e o impacto que o mesmo representa no dia a dia das pessoas têm ocupado lugar de destaque na literatura. Ao longo da história, diversos autores se dedicaram à construção de um vasto e concreto alicerce teórico para a discussão deste fenômeno que aqui pode ser entendido como uma ocupação para a qual o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda, para desenvolver sua participação social, após desatar-se de suas obrigações profissionais, familiares e sociais (MARCELLINO, 2008)⁽¹⁾.

Um dos fatores determinantes do envolvimento em atividades de lazer são as atitudes diante dele, sendo que atitudes positivas tendem a estar relacionadas com maior envolvimento em atividades de lazer, bem como a acarretar experiências avaliadas de forma positiva (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾. A mensuração da atitude face ao lazer torna-se, assim, essencial por estruturar intervenções no sentido de promover atitudes mais positivas e, conseqüentemente, bem-estar biopsicossocial (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾.

O conceito de atitude é unanimemente considerado como uma realidade ambígua e de difícil apreensão, todavia, dentre as diferentes definições e abordagens teóricas

encontradas na literatura, especial atenção é voltada para os modelos que operacionalizam o conceito de atitude em torno dos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. O componente cognitivo diz respeito aos conhecimentos, informações, opiniões e crenças, conscientes ou não, expressos na atitude; o afetivo é referente aos sentimentos e respostas fisiológicas revelados na atitude; e o comportamental relaciona-se com a estruturação do comportamento, preparando o indivíduo para agir de determinado modo (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾.

O lazer, mais do que um direito constitucional, é considerado uma necessidade humana básica. A enfermagem, cuja essência e especificidade é o cuidado integral ao ser humano, tem na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979)⁽³⁾, na qual é possível distinguir necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, o apoio para consolidar seu processo de trabalho. Cabe, assim, ao profissional enfermeiro ampliar seus conhecimentos sobre o lazer e sobre os fatores internos e externos que possam interferir no estilo de vida e na saúde das pessoas (BALDISSERA; JAQUES; PHILBERT et al., 2011)⁽⁴⁾.

O cuidado de enfermagem envolve todas as fases do processo de viver e deve estar centrado, principalmente, nos grupos vulneráveis. Ao envelhecer, o risco de desenvolvimento de vulnerabilidades aumenta devido ao declínio biológico característico da senescência, o qual interage com aspectos socioculturais e consequências de condições precárias de educação, renda e saúde acumuladas ao longo da vida (RODRIGUES; NERI, 2012)⁽⁵⁾. Quando se trata de idosos institucionalizados, tal vulnerabilidade tende a aumentar. O contexto institucional exhibe papéis caracterizados por dependência, espaço físico limitado e horário determinado para as atividades diárias, sendo vital a adaptação às normas e rotinas do novo ambiente, que nem sempre oferece condições de vida adequadas, como preconiza a legislação, neste caso, com ênfase no lazer e em seu caráter liberatório e desinteressado.

Embora as concepções teóricas clássicas (DUMAZEDIER, 1976)⁽⁶⁾ sobre a presente temática tenham sido marcadas pela dicotomia Trabalho-Lazer, as vertentes atuais têm refletido sobre a complementaridade de um para com o outro, em que ambos integram a mesma dinâmica social. A interpretação atual supracitada corrobora com a Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1987)⁽⁷⁾, na qual o lazer é essencialmente uma relação social que se expressa no “mundo da vida”, isto é, sem relação direta com o “mundo do trabalho”, através da integração entre as pessoas, da busca do divertimento e da vontade de

sentir prazer (ALMEIDA; GUTIERREZ, 2011)⁽⁸⁾. Esta perspectiva permite pensar o lazer em populações específicas, impossibilitadas de estabelecer o trabalho como parâmetro para as atividades de lazer, por exemplo, carcerários e idosos aposentados, principalmente os institucionalizados.

Ante ao exposto, este estudo objetivou identificar as atividades de lazer realizadas em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), regularmente cadastradas no município de Maringá-PR, e analisar as atitudes dos idosos face ao lazer promovido pelas ILPI.

METODOLOGIA

O presente estudo, de caráter descritivo transversal e com abordagem quantitativa, teve sua população composta por 297 idosos residentes em sete instituições de longa permanência regularmente cadastradas na Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) do município de Maringá-PR. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: residir há, no mínimo, seis meses nas ILPIs de Maringá-PR e estar apto a responder às questões do estudo, a partir da obtenção do escore mínimo do teste de avaliação cognitiva Miniexame do Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾. Assim, participaram do estudo 97 idosos.

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e março de 2013, por meio da aplicação de um instrumento destinado ao levantamento do perfil sociodemográfico dos idosos, elaborado pela pesquisadora, e da Escala de Atitudes Face ao Lazer, destinada à mensuração das atitudes, nos aspectos cognitivo, afetivo e comportamental, dos idosos face ao lazer.

Originalmente construída em 1982 (RAGHEB; BEARD, 1982)⁽¹⁰⁾, traduzida para o português e validada em 2006 (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾, a Escala de Atitudes Face ao Lazer é a única que mede os três componentes da atitude separadamente. É composta por 36 itens, divididos em três subescalas e utiliza, como sistema de resposta, a escala do tipo Likert em cinco níveis. Os valores das medidas de atitude são obtidos através da adição aritmética das respostas dadas pelo participante nos respectivos itens. Para cada subescala, o valor total mínimo é 12 e o máximo 60 pontos, sendo o ponto neutro situado em 36. Assim, a escala tem o valor mínimo de 36 e o máximo de 180 pontos, com ponto neutro

situado em 108. Valores acima do ponto neutro revelam atitudes mais positivas e abaixo do ponto neutro indicam atitudes mais negativas em relação ao lazer.

Os dados relativos à caracterização dos sujeitos quanto à institucionalização e ao lazer, bem como à mensuração de atitudes positivas e negativas face ao lazer, foram analisados descritivamente. As atividades de lazer referidas pelos idosos foram classificadas de acordo com as seguintes categorias: físicas, manuais, artísticas, intelectuais, associativas e turísticas (DUMAZEDIER, 1979)⁽¹¹⁾. A associação entre as variáveis categóricas e a realização ou não de atividades de lazer foi verificada por meio do teste qui-quadrado ou teste Exato de Fisher. A correlação entre as subescalas que compõem a Escala de Atitudes Face ao Lazer, incluindo a escala global, foi verificada através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. Para aplicar os testes estatísticos, foi utilizado o *Software Statistical Analysis System* (SAS) 91.1. O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de 5%.

Esta pesquisa é um recorte da investigação da dissertação de mestrado intitulada “Atitudes do idoso face ao lazer: um estudo em Instituições de Longa Permanência”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM), sob o parecer nº 160.445, de acordo com a Resolução 466/12. Os participantes concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 97 idosos institucionalizados participantes do estudo, 55 eram do sexo masculino (56,7%) e 42 do sexo feminino (43,3%). Predominaram idosos na faixa etária de 80 anos ou mais (41,2%), viúvos (38,5%), que frequentaram de um a oito anos do ensino formal (46,4%) e que possuíam alguma renda mensal (86,6%).

Quanto às instituições, quatro eram particulares e três filantrópicas e/ou governamentais, no entanto, 64% dos participantes do estudo residiam nas últimas. O tempo de permanência nas ILPIs foi de um a cinco anos para 49,5% dos idosos. O principal motivo para buscar abrigo nestes locais foi a dificuldade de manutenção do relacionamento familiar (66%), seguida pela dificuldade de se autocuidar (16,5%), pelo déficit financeiro (12,4%) e por vontade própria (5,1%)

Com relação às atividades de lazer, 69% dos idosos referiram realizá-las e os demais 31% citaram que a respectiva ILPI não oferecia atividades de lazer ou que as mesmas não eram adequadas para suas condições de saúde, ou ainda, que não sentiam vontade de realizá-las. A classificação das atividades realizadas pelos idosos, bem como sua frequência e duração, estão relacionadas na Tabela 1.

Tabela 1. Atividades, frequência e duração do lazer de idosos institucionalizados. Maringá, PR, 2013.

Lazer	Categorias	n	%
Atividades	Físicas	13	19,4
	Manuais	20	29,9
	Artísticas	10	14,9
	Intelectuais	39	58,2
	Associativas	30	44,8
	Turísticas	07	10,4
Frequência	1 vez por semana	10	14,9
	2 vezes por semana	12	17,9
	3 vezes por semana ou +	45	67,2
Duração	Até 1 hora	19	28,4
	1 a 2 horas	17	25,4
	2 horas ou +	31	46,2

As atividades físicas incluíram caminhada, alongamento e ginástica realizada na academia para terceira idade (ATI). As atividades manuais referiram-se ao cultivo de plantas e artesanato, como também ao auxílio opcional em serviços da ILPI. As artísticas relacionaram-se com desenho, pintura, origami, música, festas e apresentações culturais de dança e teatro. As intelectuais vincularam-se à leitura, programa de alfabetização, televisão e rádio. Atividades associativas incluíram conversas, jogos (baralho, dominó, bocha e bingo) e ocasiões religiosas, e as turísticas associaram-se aos passeios realizados com a direção das ILPIs, como, por exemplo, ao pesqueiro, parques e *shoppings*.

Destaca-se que quase 60% dos idosos com acesso às atividades de lazer praticavam atividades intelectuais e, destes, mais da metade (51,2%) dedicou-se à televisão, enquanto 7,7% citaram a leitura como forma espontânea e prazerosa de utilizar o tempo. Já quanto às atividades de lazer associativas e manuais, segunda (44,8%) e terceira (29,9%) categorias, respectivamente, mais citadas pelos idosos que praticavam atividades de lazer, enfatizam-se os jogos (56,6%) e o artesanato (50%), especialmente o crochê e o bordado.

As atividades físicas estiveram presentes no lazer de quase 20% dos idosos praticantes, seguidas pelas atividades artísticas (14,9%) e turísticas (10,4%). Embora não

tenham sido as mais evidentes no lazer dos idosos, as atividades físicas foram alvo do maior número de sugestões para complementação do lazer nas ILPIs, principalmente referente à prática de esportes (futebol, natação e tênis de mesa), dança e hidroginástica. Não obstante, a possibilidade de convívio com animais de estimação e crianças também foram sugeridas.

Os locais das ILPIs relatados para a prática das atividades de lazer foram pátio, sala de estar, ATI, quartos, jardim/horta, refeitório e capela. Na maior parte das vezes, conforme afirmaram 52,5% dos idosos, não havia orientação ou supervisão profissional e, quando havia, era realizada por voluntários (33%), seguida dos profissionais de enfermagem (19,6%). Entre os idosos que afirmaram ter acesso às atividades de lazer, a maioria referiu frequência de, pelo menos, três vezes por semana (67,2%) e duas horas de duração (46,2%).

Ao associar a realização do lazer com as características sociodemográficas e de institucionalização, observou-se diferenças estatisticamente significativas com relação à faixa etária ($p < 0,010$) e à renda ($p < 0,04$), conforme demonstra a Tabela 2. Comprovou-se que, dos 67 idosos que tinham acesso ao lazer, 40,3% encontravam-se na faixa etária de 60 a 69 anos, e dentre os que não realizavam, 63,3% tinham 80 anos ou mais.

Tabela 2. Acesso de idosos ao lazer, segundo características sociodemográficas e de institucionalização. Maringá-PR, Brasil, 2013.

Variáveis	Categorias	Lazer				Total N	p-valor
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Sexo	Masculino	40	59,70	15	50,00	55	0,3728
	Feminino	27	40,30	15	50,00	42	
Faixa Etária	60 a 69 anos	27	40,30	05	16,70	32	0,010*
	70 a 79 anos	19	28,40	06	20,00	25	
	80 anos ou +	21	31,30	19	63,30	40	
Estado Civil	Solteiro(a)	25	37,85	10	33,35	35	0,5219
	Separado(a)	18	27,30	06	20,00	24	
	Viúvo(a)	24	34,85	14	46,65	37	
Renda	Não possui	12	17,90	01	03,30	13	0,04**
	Possui	55	82,10	29	96,70	84	
Escolaridade	Analfabeto	22	32,80	10	33,30	32	0,9900
	1 a 8 anos	40	59,70	18	60,00	45	
	+ de 8 anos	05	07,50	02	06,70	07	

Tempo de Institucionalização	6 meses a 1 ano	13	19,40	09	30,00	22	0,4936
	1 a 5 anos	34	50,75	14	46,70	48	
	5 anos ou +	20	29,85	07	23,30	27	
Caráter das ILPIs	Governamental/ Filantrópica	46	68,65	16	53,35	62	0,1463
	Particular	21	31,35	14	46,65	35	

*teste qui-quadrado, p-valor<0,05; **teste de Fisher, p-valor<0,05

Os resultados referentes à Escala de Atitudes Face ao Lazer refletem, em termos gerais, uma atitude positiva dos idosos quanto às atividades de lazer, exceto na subescala comportamental, cuja média (35,8) está abaixo do ponto neutro 36. A subescala cognitiva apresentou a maior média (54,9) em comparação com as demais, revelando atitudes mais positivas dos idosos face ao lazer neste componente.

As subescalas cognitiva e afetiva apresentaram atitude positiva face ao lazer em 96,9% dos idosos, sendo possível observar o mesmo padrão de comportamento (positivo) para ambas. Na subescala comportamental, porém, apesar de haver discreta tendência positiva (51,5%), é nítida a existência de dois grupos com padrões de comportamentos distintos, ou seja, que mostram atitudes positivas e atitudes negativas face ao lazer.

Os valores mínimos demonstram a existência de respostas que revelam atitudes negativas, em todas as subescalas e na escala global, apesar de o valor mínimo possível nunca ter sido atingido, diferente do valor máximo, atingido pelas subescalas cognitiva e afetiva (Tabela 3).

Tabela 3. Estatísticas descritivas e atitudes face ao lazer de idosos institucionalizados. Maringá, PR, 2013.

Subescala	Nº de itens	Média	DP ¹	Min ²	Max ³	Positiva ⁴		Negativa ⁵	
						n	%	n	%
Cognitiva	12	54,9	5,95	32	60	94	96,9	03	3,1
Afetiva	12	53,5	6,88	23	60	94	96,9	03	3,1
Comportamental	12	35,8	8,16	14	54	50	51,5	47	48,5
Global	36	144,2	17,64	83	168	93	95,9	04	4,1

¹Desvio-Padrão; ²Valor mínimo para cada subescala e escala global; ³Valor máximo para cada subescala e escala global; ⁴Atitude positiva face ao lazer para cada subescala e escala global; ⁵Atitude negativa face ao lazer para cada subescala e escala global.

As correlações obtidas entre as subescalas cognitiva, afetiva e comportamental, assim como com a escala global são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Correlações entre as subescalas e a escala global de atitudes face ao lazer.

Subescala	Afetiva	p-valor	Comportamental	p-valor	Global	p-valor
Cognitiva	0,552*	<0,01	0,442*	<0,01	0,702*	<0,01
Afetiva	1		0,559*	<0,01	0,829*	<0,01
Comportamental			1		0,873*	<0,01

*correlação de Spearman, $p < 0,01$

Verifica-se que o coeficiente de correlação entre as subescalas afetiva e comportamental ($r = 0,559$; $p < 0,01$) é maior do que o obtido nas subescalas cognitiva e comportamental ($r = 0,442$; $p < 0,01$) e nas subescalas cognitiva e afetiva ($r = 0,552$; $p < 0,01$). Quando se trata da escala global, os valores de correlação variam entre 0,702 e 0,873.

DISCUSSÃO

Diversos fatores tornam a predominância do sexo feminino entre os idosos uma realidade internacional (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013)⁽¹²⁾, a qual se reflete também entre os idosos institucionalizados, conforme demonstra estudo realizado na Coreia (KIM; HARADA; MIYASHITA et al., 2011)⁽¹³⁾. Além disso, a idade avançada, a viuvez, mais baixo nível de instrução e renda são preditores para a institucionalização (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013)⁽¹⁴⁾. Os resultados do presente estudo divergem dos apontamentos sobre o sexo, uma vez que 56,7% dos idosos participantes eram do sexo masculino, embora tal circunstância seja passível de mudança se forem considerados os idosos excluídos da pesquisa pelos critérios utilizados, mas corroboram com relação aos demais fatores de risco.

Tendo em vista a satisfatória contribuição das atividades de lazer para o equilíbrio biopsicossocial do idoso (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011)⁽¹⁵⁾, destaca-se que 69% dos idosos estudados referiram praticá-las, um número elevado se comparado a estudo realizado no estado de Minas Gerais (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013)⁽¹²⁾, em que apenas 48,7% dos idosos institucionalizados relataram praticar alguma atividade.

Quanto às atividades de lazer realizadas pelos idosos, os achados deste estudo confirmam os da pesquisa realizada em uma ILPI de Curitiba (LENARDT; MICHEL; WACHHOLZ, 2010)⁽¹⁶⁾, na qual as mais frequentes são do tipo intelectuais, associativas e manuais. Essas atividades parecem exercer efeito protetor para a perda funcional em idosos

devido a mecanismos semelhantes à atividade laboral, que envolvem estímulo cognitivo, e mecanismos compensatórios da rede de apoio social (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011)⁽¹⁵⁾. Ao mesmo tempo, diante da importância da prática de atividades físicas na prevenção de quedas e incapacidades funcionais no idoso, especialmente com exercícios de força, resistência muscular, flexibilidade e equilíbrio (SOUSA; CÉSAR; BARROS et al., 2013)⁽¹⁷⁾, enfatiza-se a necessidade de implementação de mais atividades físicas no lazer de idosos institucionalizados, como os próprios entrevistados sugeriram.

A participação dos idosos nas atividades de lazer diminuiu significativamente com relação à idade. Tal redução pode estar associada às limitações funcionais, já que o desempenho funcional tende a diminuir conforme aumenta a faixa etária (DIAS; TAVARES, 2013)⁽¹⁸⁾. Quanto à renda, a associação com a realização de atividades de lazer pode estar relacionada ao agrupamento de grande parte dos idosos em uma mesma categoria. Entretanto, as condições de saúde, educação e lazer propiciadas pela renda obtida ao longo da vida podem determinar a participação dos idosos em atividades atuais, já que as mesmas podem ter influenciado a concepção individual de lazer, baseada na intensidade das experiências vivenciadas.

O trabalho é o principal meio de obtenção dos recursos econômicos ao longo da vida, acabando também por determinar o tempo que se disponibiliza para o lazer. A inexistência do trabalho na vida dos idosos em contexto institucional possibilita pensar o lazer como parte do mundo da vida e não atrelado ao mundo do sistema, segundo propõe a perspectiva teórica aqui abordada (HABERMAS, 1987)⁽⁷⁾. Assim, o lazer pode ser interpretado para além da sua função de descanso enquanto instrumento de emancipação do homem que estimula a busca pelo prazer pleno.

As atitudes face ao lazer dos idosos institucionalizados, permeadas pelos processos cognitivo-afetivo-comportamental, demonstraram-se positivas de um modo geral. No entanto, ao analisar as subescalas referentes aos componentes da atitude separadamente, verificou-se uma atitude negativa com relação à subescala comportamental. Este resultado difere do encontrado tanto na validação da versão original (RAGHEB; BEARD, 1982)⁽¹⁰⁾ quanto da versão portuguesa (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾ da Escala de Atitudes Face ao Lazer, nas quais as médias de respostas para os três componentes refletiram uma atitude positiva dos participantes referente às atividades de lazer. Porém, no presente estudo, a subescala cognitiva apresentou a maior média, enquanto a comportamental a menor, o que

corroborar com os achados da versão portuguesa, mas destoar dos resultados da versão original, cuja maior média foi obtida na subescala afetiva e a menor na cognitiva.

No campo da psicologia social, diferentemente do que se pensa no senso comum, as atitudes não se constituem como ações propriamente ditas, mas desenvolvidas de acordo com o objeto em questão e o posicionamento do indivíduo diante deste, baseado em suas experiências de vida (SILVA; FARIAS; OLIVEIRA et al., 2012)⁽¹⁹⁾. O fato de as atitudes cognitivas e afetivas dos idosos institucionalizados mostrarem-se positivas e, por outro lado, as atitudes comportamentais mostrarem-se negativas, pode estar aludido às experiências passadas de lazer, nas quais os idosos construíram crenças e alimentaram emoções que não condizem com o contexto de vida atual, modificando a atitude no aspecto comportamental.

O indivíduo pode mudar suas atitudes com o passar do tempo, à medida que assimila novos conhecimentos e vivencia novas experiências, como ocorre durante o processo de envelhecimento, em que, ainda que permeado por características individuais, o organismo sofre mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas (OLIVEIRA; BEZERRA; SILVA; FARIAS; OLIVEIRA et al., 2012)⁽²⁰⁾, podendo influenciar não só com transformações no conhecimento e nas crenças acerca de um objeto, no caso o lazer, mas, principalmente, no comportamento com relação a ele. Além disso, o comportamento pode sofrer influências das circunstâncias vivenciadas e, mais uma vez, os sujeitos do estudo se enquadram nesta colocação, tendo em vista que fazem parte de um contexto institucional, ao qual tiveram ou ainda têm que se adaptar, levando em conta o surgimento repentino de rígidas rotinas, bem como a redução da privacidade e da dignidade impostos por papéis caracterizados pela dependência (BRADSHAW; PLAYFORD; RIAZI, 2012)⁽²¹⁾.

Quanto às correlações obtidas entre as subescalas e com a escala global, tal como na escala original e na versão portuguesa, as subescalas afetiva e comportamental apresentaram coeficiente maior do que o obtido nas subescalas cognitiva e comportamental. A discussão, neste sentido, é centrada na hipótese de que as intenções comportamentais sejam determinadas mais pelo que é sentido do que pelo que é sabido sobre as atividades de lazer (FREIRE; FONTE, 2007)⁽²⁾.

Considerando que as necessidades dos idosos institucionalizados dependem dos profissionais que trabalham nas ILPIs para sua satisfação e sabendo que grande parte destes consiste em profissionais de enfermagem, cabe ressaltar que o enfermeiro deve

entender o ser humano como um todo (corpo, mente e espírito), oferecendo uma assistência individualizada e humanizada (HORTA, 1979)⁽³⁾, inclusive no tocante ao lazer que, enquanto necessidade psicossocial do indivíduo, constitui-se também como parte do cuidado de enfermagem.

O contexto institucional é passível também de interação social e de emancipação do homem (HABERMAS, 1987)⁽⁷⁾, basta que as intervenções sejam realizadas a partir do diálogo e da compreensão das escolhas dos indivíduos a respeito de suas vidas, sobretudo com relação ao lazer, que tem se mostrado como um fenômeno relevante para a elaboração de estratégias de promoção da saúde que favorecem a qualidade de vida, aqui com ênfase aos idosos em situação de vulnerabilidade (BALDISSERA; JAQUES; PHILBERT et. al, 2011)⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

As atividades de lazer dos idosos estudados eram, em sua maioria, intelectuais, seguidas das associativas e manuais. Evidenciou-se que faixa etária e renda tiveram associação estatisticamente significativa com a realização de atividades de lazer, estando estas presentes principalmente em idosos com idade entre 60 e 69 anos e renda mensal individual de até um salário mínimo. Em termos gerais, os resultados refletiram uma atitude positiva dos idosos referente às atividades de lazer, exceto no componente comportamental.

A presente investigação, voltada ao universo temático do lazer, busca contribuir para a consolidação do conhecimento já existente, bem como para o fomento de novas discussões acerca dos diferentes contextos e vertentes em que o lazer permite imergir. Ao tratar do lazer de idosos institucionalizados, população vulnerável e cuja tendência é o aumento diante das transformações demográficas mundiais, este estudo investe em um campo ainda escasso, porém tão significativo, sobretudo na área da saúde. Ao mesmo tempo, o desconhecimento das concepções individuais de lazer, como também de certos fatores determinantes, tal como a condição de saúde dos idosos, surgiram como limitações da pesquisa, mas que podem servir de base para investigações futuras.

Nesse contexto, com especial atenção para a enfermagem, principal equipe responsável pelo cuidado aos idosos nas ILPIs, atenta-se para a importância da reorientação da formação do profissional com relação ao lazer, a fim de que sua atuação

não se resume a um produto alienante a ser consumido, mas uma possibilidade reflexiva, crítica, prazerosa e criativa face aos processos sociais e às contradições do meio institucional.

REFERÊNCIAS

1. Marcellino MC. Lazer e humanização. 2ª. ed. Campinas (SP): Papyrus; 2008.
2. Freire T, Fonte C. Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos. *Paidéia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educação*. 2007; 17(36):79-87.
3. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
4. Baldissera VDA, Jaques AE, Philbert LAS, Corral-Mulato S, Santos JL, Bueno SMV. As percepções de acadêmicos de enfermagem acerca do lazer. *Cogitare enferm*. 2011; 16(2):326-32.
5. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cienc saude colet*. 2012; 17(8):2129-39.
6. Dumazedier J. Lazer e cultura popular. São Paulo: Perspectiva; 1976.
7. Habermas J. Teoria de la accion comunicativa. Madri: Trotta; 1987. Espanhol.
8. Almeida MAB, Gutierrez GL. Análise do desenvolvimento das práticas urbanas de lazer relacionadas à produção cultural no período nacional-desenvolvimentista à globalização. *Rev Bras Educ Fis Esporte*. 2011; 25(1):137-52.
9. Burcki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuro-psiquiatr*. 2003; 61(3B):777-81.
10. Ragheb MG, Beard JG. Measuring Leisure Attitude. *Journal of leisure Research*. 1982; 14(2):155-67.
11. Dumazedier J. Sociologia empírica do lazer. São Paulo: Perspectiva; 1979.
12. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Rev latino-am Enfermagem*. 2013; 21(Spec):3-11.
13. Kim HS, Harada K, Miyashita M, Lee EA, Park JK, Nakamura Y. Use of Senior Center and the Health-Related Quality of Life in Korean Older Adults. *Am j prev med* 2011; 44(4):149-56.

14. Castro VC, Derhun FM, Carreira L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2013; 5(4):493-502.
15. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Rev saude publica*. 2011; 45(4):685-92.
16. Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Cienc cuid saude*. 2010; 9(2):246-54.
17. Sousa CA, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, et al. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad saude publica*. 2013; 29(2):270-82.
18. Dias FA, Tavares DMS. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. *Rev gauch enferm*. 2013; 34(2):70-77.
19. Silva LCC, Farias LMB, Oliveira TS, Rabelo DF. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Rev kairos*. 2012; 15(3):119-40.
20. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Cienc saude colet*. 2012; 17(8):2191-8.
21. Bradshaw SA, Playford ED, Riazi A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and aging*. 2012; 41(4):429-40.

6. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

Diante do envelhecimento populacional mundial e das repercussões sociais e econômicas que este acarreta, surgem preocupações por parte das autoridades acerca da responsabilização pelo cuidado da população idosa que só tende a crescer. Se antes o cuidado à pessoa idosa era reservado à família, principalmente às mulheres, hoje, devido à queda da taxa de fecundidade, à maior participação feminina no mercado de trabalho e aos novos arranjos familiares, cada vez maior tem sido a busca por instituições que ofereçam cuidado e condições dignas de vida aos idosos.

As denominadas instituições de longa permanência para idosos são movidas basicamente pelo trabalho da equipe de enfermagem, tendo em vista que o cuidado humano é a essência desta profissão. Portanto, estes locais devem se configurar como campo de atenção e atuação não só para a prática da enfermagem mas também para o ensino e a pesquisa, no sentido de levantar necessidades e avaliar possíveis intervenções, de acordo com as características que esta população apresenta. Destaca-se que tais particularidades incluem desde rotinas e papéis impostos pela institucionalização até circunstâncias individuais que podem alterar a dinâmica biopsicossocial do idoso, como perdas cognitivas e funcionais.

O lazer, para além do seu entendimento na condição de necessidade humana básica, bem como da sua concretização enquanto direito constitucional, emerge, neste contexto, como fator determinante para a saúde e qualidade de vida destes indivíduos, uma vez que permite a emancipação dos sujeitos pela manifestação de sua criatividade em busca do prazer.

Assim, cabe destacar que a formação do profissional enfermeiro é ainda incipiente no que diz respeito às especificidades que envolvem o cuidado à população idosa institucionalizada, já que a maior parte dos cursos tem seu currículo voltado principalmente ao cuidado no contexto hospitalar. Quanto ao lazer, também se pode dizer que é muito pouco explorado em suas concepções teóricas durante a formação profissional. Destarte, o presente estudo enfatiza que uma reorientação nesse sentido poderia trazer reflexões importantes para o entendimento das atitudes entendidas, nesta pesquisa, como processos cognitivos-afetivos-comportamentais, face ao lazer de idosos diante das contradições do meio institucional.

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que este é um estudo original e apontam para a necessidade de maior investimento em pesquisas nesta área. Outras variáveis, não incluídas aqui, como as condições de saúde da população estudada, podem apresentar efeito sobre o declínio cognitivo e o lazer. A aplicação e/ou construção de outros instrumentos de medida destes elementos também poderia gerar resultados interessantes, embora seja evidente a escassez dos mesmos, sobretudo no que tange ao lazer. Além disso, há a possibilidade de maior exploração do instrumento aplicado para a mensuração das atitudes face ao lazer, seja em outras populações, seja em outras localidades ou outros contextos.

Por fim, é imprescindível que estudos de natureza qualitativa venham complementar as informações obtidas nesta pesquisa através de dados quantitativos, especialmente com relação à concepção dos idosos institucionalizados a respeito do lazer, bem como sua percepção sobre os ganhos e perdas vivenciados durante o processo de envelhecimento. As fomentações acima visam à produção científica de qualidade que possa contribuir para a consolidação do conhecimento sobre esses fenômenos e suas implicações para a enfermagem.

Para a prática de enfermagem, esta investigação fornece subsídios para a atuação do enfermeiro acerca de fatores internos e externos que possam influenciar tanto o declínio cognitivo, como o lazer. Permite, ainda, refletir sobre o papel educativo do enfermeiro, enquanto líder da equipe de enfermagem, no intuito de preparar a equipe para a aplicação de instrumentos de mensuração desses episódios. Dessa forma, a elaboração de estratégias de cuidado com base em dados fidedignos tornaria mais fácil a preservação da dignidade, da liberdade e da individualidade do idoso, assim como a potencialização de sua qualidade de vida.

7. CONCLUSÃO

Este estudo buscou analisar as atitudes de idosos residentes em instituições de longa permanência, regularmente cadastradas no município de Maringá-PR, face ao lazer, em seu aspecto global e com foco nos componentes cognitivo, afetivo e comportamental. Possibilitou ainda identificar as atividades de lazer realizadas por estes idosos, bem como avaliar o desempenho cognitivo dos mesmos.

As instituições de longa permanência nas quais o estudo foi desenvolvido tinham caráter governamental, filantrópico ou particular. Do total de idosos ali residentes, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental em 161, sendo constatado declínio cognitivo em quase 40% deles. Houve associação significativa entre a variável categórica sexo e déficit cognitivo, estando este presente com mais frequência entre as mulheres.

Os domínios que compõem o MEEM apresentaram associação significativa com o desempenho cognitivo, sendo que os domínios de orientação, atenção e cálculo e memória de evocação mostraram as diferenças mais evidentes para idosos com e sem declínio cognitivo.

Para a procedência da análise relacionada ao lazer, foi considerada apenas a parcela de idosos que não apresentou declínio cognitivo na fase descrita anteriormente. Assim, 97 idosos responderam aos questionamentos quanto ao lazer. As atividades dos idosos estudados eram, em sua maioria, intelectuais, seguidas das associativas e manuais. Evidenciou-se que faixa etária e renda tiveram associação significativa com a realização de atividades de lazer, estando presentes principalmente em idosos com idade entre 60 e 69 anos e que possuíam alguma renda mensal individual.

No que diz respeito às atitudes face ao lazer, em termos gerais, os resultados refletiram uma atitude positiva dos idosos referente às atividades de lazer. Na análise fragmentada das subescalas, a cognitiva e afetiva apresentaram atitude positiva, enquanto a subescala comportamental apresentou atitude negativa dos idosos face ao lazer. Após a correlação entre as subescalas e com a escala global, o principal resultado observado foi a hipótese de que as intenções comportamentais sejam determinadas mais pelas emoções do que pelo conhecimento que se tem sobre as atividades de lazer.

Apesar das dificuldades encontradas, desde a elaboração do projeto até a operacionalização da pesquisa, tais como a escassez de instrumentos validados para a mensuração de aspectos relacionados ao lazer, como também a dificuldade de encontrar

um referencial teórico que pudesse embasar as discussões acerca do lazer sob a perspectiva de liberdade em um contexto institucional. A resistência por parte da direção de algumas ILPIs em consentir a autorização para a realização do estudo com os idosos foi um dos principais entraves para o início desta investigação.

Também se configuraram como obstáculos as diferenças culturais que uma instituição, em particular, apresentou, sobretudo porque alguns idosos comunicavam-se apenas na língua materna, o idioma japonês. O grande número de participantes da pesquisa, assim como a quantidade de tempo necessária para aplicar os instrumentos aos entrevistados, de forma que pudessem compreender as questões, dificultaram o fluxo da pesquisa, tendo em vista que a coleta de dados foi realizada apenas por uma pesquisadora. Por fim, a necessidade do trabalho conjunto com o estatístico, a fim de explorar os resultados obtidos da forma mais clara possível.

Não se pode deixar de citar o grande aprendizado proporcionado pela vivência, apesar do curto período de tempo com os idosos institucionalizados e suas particularidades, suas limitações, mas, principalmente, a capacidade de resiliência. Presenciou-se desde dons para a concretização de verdadeiras obras de arte, falas embargadas pela emoção, hábitos de culturas diferentes, risos ao responder questões de um instrumento sério, até situações contraditórias que trouxeram reflexões importantes não só para o aprimoramento profissional mas também para a vida.

A conclusão desta pesquisa tem como foco a função do enfermeiro no sentido de investigar, a partir dos dados quantitativos apresentados, as causas do declínio cognitivo nesta população específica e de que forma a equipe de enfermagem e a multidisciplinar podem atuar para minimizar os danos decorrentes do déficit já presente, bem como para conhecer os fatores de risco visando prevenir ou retardar ao máximo o surgimento do declínio cognitivo. É importante o planejamento de estratégias de cuidado baseadas naqueles domínios que apresentaram maior influência sobre o desempenho cognitivo.

Destaca-se ainda que as atitudes face ao lazer, especificamente no componente comportamental, mostraram-se negativas, o que não ocorreu com os componentes cognitivo e afetivo. Cabe à equipe de enfermagem, dentro de sua atribuição em assistir o indivíduo de maneira integral, buscar compreender os aspectos que levaram a tais resultados. Novamente, é interessante o planejamento de intervenções que possam influenciar positivamente a atitude comportamental dos idosos face ao lazer, não do ponto de vista reducionista do trabalho, mas de forma reflexiva, prazerosa e criativa. Na temática

proposta por este trabalho, o lazer rompe com as propostas tradicionais, dentro da perspectiva teórica adotada, da realidade social baseada na centralidade da categoria trabalho, permitindo uma interpretação emancipadora desta.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada**, 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Análise do desenvolvimento das práticas urbanas de lazer relacionadas à produção cultural no período nacional-desenvolvimentista à globalização. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 137-52, 2011.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Cultura e lazer: uma aproximação habermasiana. **Lua Nova**, São Paulo, v. 74, p. 93-138, 2008.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L. Subsídios teóricos do conceito cultura para entender o lazer e suas políticas públicas. **Conexões: educação, esporte, lazer**, Campinas (SP), v. 2, n. 1, p. 48-63, 2004.
- AVILA, R.; MOSCOSO, M.A.; RIBEIZ, S.; et al. Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. **Int Psychogeriatr**, Melbourne, Austrália, v. 21, n. 3, p. 560-7, 2009.
- BALDISSERA, V. D. A.; JAQUES, A. E.; PHILBERT, L. A. da S.; et al. As percepções de acadêmicos de enfermagem acerca do lazer. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 326-32, 2011.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.
- BRADSHAW, S. A.; PLAYFORD, E. D.; RIAZI, A. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. **Age and aging**, v. 41, n. 4, p. 429-40, 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.shtm>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 3 de jul. 1996.
- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Brasília, DF, 2004. p. 20. Disponível em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2013.

BRASIL. [Estatuto do idoso (2003)]. **Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata**. 5. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 169 p. (Série legislação; n. 51), 2010b. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf>. Acesso em: 18 ago 2013.

BRASIL. Portaria GM no 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 dez. 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 out. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 abr 2002.

BRASILEIRO, M. D. S.; MACHADO, A. B.; MATIAS, B. A.; SANTOS, A. C. Do diagnóstico à ação: uma proposta de lazer ativo e envelhecimento. **Rev bras ativ fis saude**, Pelotas (RS), v. 16, n. 3, p. 271-4, 2011.

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq neuro-psiquiatr**, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev bras estud popul**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-5, 2010.

CASTRO, V. C.; DERHUN, F. M.; CARREIRA, L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 4, p. 493-502, 2013.

CASTRO-COSTA, E.; DEWEY, M. E.; UCHÔA, E.; et al. Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí cohort study of aging. **Cad saude publica**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 345-50, 2011. Suplemento 3.

CIOSAK, S. I.; BRAZ, E.; COSTA, M. F. B. N. A.; et al. Senescence and senility: a new paradigm in primary health care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. spe. 2, p.1763-8, 2011.

COLOMÉ, I. C. dos S.; MARQUI, A. B. T. de; JAHN, A. do C.; et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **REE**, v. 13, n. 2, p. 306-12, 2011.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade**: velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. **Rev latino-am enfermagem**, v. 15, n. esp, p. 748-54, 2007.

CRISTOPHE, M. **Instituições de longa permanência para idosos no Brasil**: uma opção de cuidados de longa duração? 2009. 178 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais)-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, S. G. da; THUMÉ, E.; et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-53, 2012.

DIAS, F. A.; TAVARES, D. M. dos S. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. **Rev gauch enferm**, Porto Alegre (RS), v. 34, n. 2, p. 70-77, 2013.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev saude publica**, v. 45, n. 4, p. 685-92, 2011.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e cultura popular**. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O.; et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto (SP), v. 44, n. 4, p. 1065-9, 2010.

FERREIRA, P. C. dos S.; TAVARES, D. M. dos S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FLORES, G. C.; BORGES, Z. N.; BUDÓ, M. L. D.; et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Cienc cuid saude**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 533-40, 2011.

FRANÇA, L. H. **O desafio da aposentadoria**: o exemplo dos executivos do Brasil e da Nova Zelândia. Rio de Janeiro: Rocco, 2008.

FREITAS, A. V. da S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu (SP), v. 14, n. 33, p. 359-369, 2010.

FREIRE, T.; FONTE, C. Escala de atitudes face ao lazer em adolescentes e jovens adultos. **Paidéia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educação**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 36, p. 79-87, 2007.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J psychiat res**, v. 12, p. 189-19, 1975.

GOMES, C.; PINTO, L. O lazer no Brasil: analisando práticas culturais cotidianas, acadêmicas e políticas. In: GOMES, C.; OSORIO, E.; PINTO, L. M. S. M; et al. (Org.). **Lazer na América Latina/Tiempo libre, ocio y recreación en Latinoamérica**. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2009.

GUERRERO-BERROA, E.; LUO, X.; SCHMEIDLER, J.; et al. The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. **Int j geriatr psychiatry**, v. 24, n. 12, p. 1429-37, 2009.

HABERMAS, J. **Teoria de la acion comunicativa**. Tradução de Manoel Jemenez Redondo. Madri: Taurus, 1987. Tomo I.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Características das instituições de longa permanência para idosos** - Região Sul. Brasília, DF: IPEA, 2008.

JESUS, I. S. de; SENA, E. L. da S.; MEIRA, E. C.; et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 285-92, 2010.

KARLAMANGLA, A. S.; MILLER-MARTINEZ, D.; ANESHENSEL, C. S.; et al. Trajectories of Cognitive Function in Late Life in the United States: Demographic and Socioeconomic Predictors. **American Journal of Epidemiology**, v. 170, n. 3, p. 331-42, 2009.

KIM, H. S.; HARADA, K.; MIYASHITA, M.; et al. Use of Senior Center and the Health-Related Quality of Life in Korean Older Adults. **Am j prev med**, v. 44, n. 4, p. 149-56, 2011.

LEITE, M. T; HILDEBRANDT, L. M.; KIRCHNER, R. M.; et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev gauch enferm**, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; WACHHOLZ, P. A. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. **Cienc cuid saúde**, v. 9, n. 2, p. 246-54, 2010.

LENARDT, M.H.; MICHEL, T.; WACHHOLZ, P. A.; et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 638-44, 2009.

LINCK, C. de L.; LANGE, C.; SCHWARTZ, E.; et al. A inserção do idoso no contexto da pós-modernidade. **Cienc cuid saude**, Maringá, v. 8, n. suplem, p. 130-35, 2009.

LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev saude publica**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-19, 2006.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e educação**. Campinas, SP: Papirus, 1987.

MARCELLINO, M. C. **Lazer e humanização**. 2.ed. Campinas, SP: Papirus; 2008.

MARCELLINO, N. C. (Org.). **Políticas públicas setoriais de lazer: o papel das prefeituras**. Campinas (SP): Autores Associados, 1996.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência Social e Cidadania. **Política de atendimento**. Maringá (PR), 2012. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sasc/?cod=noticias/17459>>. Acesso em: 10 set 2013.

MARINGÁ. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Maringá, 2010.

MASCARENHAS, F. **Entre o ócio e o negócio: teses acerca da anatomia do lazer**. Tese (Doutorado)-Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2005.

MELLO, B. L. D. de; HADDAD, M. do C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012.

MOURA, E. P.; SILVA, L. W. S.; MARQUES, C. L. Envelhecimento e políticas públicas de saúde: considerações reflexivas. **Rev kairos**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 185-204, 2011.

MUNIZ-TERRERA, G.; MATTHEWS, F.; DENING, T.; et al. Education and trajectories of cognitive decline over 9 years in very old people: methods and risk analysis. **Age and Ageing**, v. 38, n. 3, p. 277-82, 2009.

NASCIMENTO, R. M.; MARCELLINO, N. C. Jürgen Habermas: contribuições para estudos sobre o lazer. **Movimento (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 16, n. 4, p. 151-68, 2010.

OLIVEIRA, M. F. de; BEZERRA, V. P.; SILVA, A. O.; et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Cienc saude colet**, v. 17, n. 8, p. 2191-8, 2012.

PESTANA, L. C. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, 268-75, 2008.

PIMENTEL, G. G. A. **Teorias do Lazer**. Maringá: Eduem, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHET, T. C.; SILVA, M. J. P.; FERREIRA, D. M.; et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 96-102, 2012.

RAGHEB, M. G.; BEARD, J. G. Measuring Leisure Attitude. **J leis res**, v. 14, n. 2, p. 155-167, 1982.

RAVONA-SPRINGER, R.; LUO, X.; SCHMEIDLER, J.; et al. The Association of Age With Rate of Cognitive Decline in Elderly Individuals Residing in Supporting Care Facilities. **Alzheimer Dis Assoc Disord.**, v. 25, n. 4, p. 312-16, 2011.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Cienc saude colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-39, 2012.

SILVA, L. C. C.; FARIAS, L. M. B.; OLIVEIRA, T. S. de; et al. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Rev kairos**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 119-40, 2012.

SOUSA, C. A. de; CÉSAR, C. L. G.; BARROS, M. B. de A.; et al. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.2, p. 270-82, 2013.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev Neurocienc**, v. 18, n. 2, p. 220-26, 2010.

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. **Rev latino-am enfermagem**, v. 21, n. esp., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Genebra, Suíça, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
RELACIONADO AO LAZER

1. Iniciais: Sexo: M F Data de Nascimento:..../...../.....

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Viúvo(a)

Escolaridade:

Analfabeto Menos que um ano de 1 a 4 anos
de 4 a 8 anos de 8 a 11 anos Mais que 11 anos

Renda:

Nenhuma Até 1 salário mínimo
 de 1 a 2 salários mínimos 3 salários mínimos ou mais

2.a) Há quanto tempo mora aqui na instituição (*nome*)? _____

2.b) Qual o motivo da sua institucionalização?

Dificuldades de relacionamento com a família Dificuldades financeiras
 Dificuldades de se auto-cuidar Vontade própria Outros (especificar)

3.a) A instituição (*nome*) oferece atividades de lazer? Se sim, quais? O Sr.(a) realiza estas atividades? *(Se a resposta for NÃO, desconsiderar as demais questões, exceto 3.g)

Sim Não

3.b) O Sr.(a) gosta de praticá-las? Se sim, quais são suas preferidas?

Sim Não

3.c) Quantas vezes por semana o Sr.(a) realiza atividades de lazer aqui? Gostaria de praticar mais vezes?

1 vez por semana 2 vezes por semana 3 vezes por semana ou mais
 Sim Não

3.d) Qual o tempo de duração das atividades de lazer que o Sr.(a) pratica aqui? Gostaria que durasse mais tempo?

Até 1 hora de 1 a 2 horas Mais que 2 horas
 Sim Não

3.e) Em que locais as atividades de lazer são realizadas?

Pátio Academia Jardim/horta Sala de estar
Piscina Capela Quartos Outros (especificar)

3.f) Quem orienta a realização das atividades de lazer aqui na instituição (*nome*)?

Ninguém Profissionais de enfermagem Voluntários/Alunos
 Outros profissionais (especificar: _____)

3.g) Existe alguma outra atividade de lazer que o Sr.(a) gostaria de ter aqui? Se sim, quais?

Sim Não

APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**ATITUDES FACE AO LAZER DO IDOSO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: um estudo em Instituições de Longa Permanência**”, que faz parte do curso de pós-graduação em Enfermagem e é orientada pela Prof.^a Dr.^a Lígia Carreira da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é identificar as atitudes face ao lazer de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência de Maringá-PR, compreendendo de que forma as atividades de lazer estruturam e influenciam as experiências de vida, e como estes idosos se posicionam face às atividades e experiências de lazer. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: através de entrevista estruturada, onde o senhor (a) deverá responder a um teste do estado cognitivo, a um questionário sobre a caracterização sociodemográfica e de institucionalização relacionado ao lazer (iniciais, sexo, estado civil, renda, escolaridade, tempo de institucionalização, atividades de lazer realizadas, entre outras) e outro questionário abordando perguntas sobre as atitudes face ao lazer. Informamos que poderão ocorrer momentos de desconforto, já que se trata de um assunto pessoal e que inclui a expressão de sentimentos íntimos, além da disponibilização de um espaço na instituição e do seu tempo para participar da pesquisa. Para evitar estes problemas as entrevistas serão marcadas conforme disponibilidade do participante e da pesquisadora. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Os benefícios esperados são indiretos, isto é, você contribuirá para o ensino-pesquisa na área da saúde, que fornecerá importantes subsídios, por meio da compreensão de fatos cotidianos, para buscar a melhoria da qualidade da assistência à saúde de pessoas que se encontram na mesma situação que a sua. Esta pesquisa não trará nenhum tipo de benefício direto a você, seja financeiro ou de outra natureza. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada, entregue a você. Além da assinatura nos campos específicos pela pesquisadora e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pela pesquisadora e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof.^a Dr.^a Lígia Carreira

_____ Data:.....
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....
Vivian Carla de Castro

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora:

Enf.^a Vivian Carla de Castro
Rua Bragança, 27, apto 304 Jardim
Universitário.
Fone:(44) 9863-1134
E-mail: vivian.carla5@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Lígia Carreira
Av. Colombo, 5790
Maringá – PR Depto Enfermagem -
Bloco 01 Universidade Estadual de
Maringá
Fone: (44) 3011-4318
Email: ligiacarreira@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Fone: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO I. MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

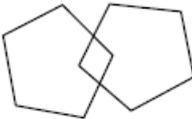
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

<i>AVALIAÇÃO do escore obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

Tabela para apresentação dos resultados do MINIMENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL									
Teste	Idade no teste	Orien. Tem./Espac.	Registros	Atenção e cálculo	Lembrança	Linguagem	Total	Classificação	Data

ANEXO II. ESCALA DE ATITUDES FACE AO LAZER

ESCALA DE ATITUDES FACE AO LAZER

Teresa Freire & Carla Fonte, 2007
(Tradução e adaptação de M. G. Ragheb & J. G. Beard, 1982)

Escola de Psicologia - Universidade do Minho
Faculdade Ciências Humanas e Sociais – Universidade Fernando Pessoa

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: M ___/ F ___ Data de preenchimento _____

Ano de escolaridade: _____ Local de residência _____

A. Gostaríamos de conhecer alguns dos seus pontos de vista e crenças sobre o lazer.

Exemplo: “As actividades de lazer não são actividades obrigatórias e de trabalho”. Se **discordar totalmente** da afirmação, marque “1”, se **concordar totalmente** marque “5” na escala de resposta apresentada. Se se encontrar num ponto intermédio marque o número que melhor descreva a sua concordância ou discordância. Não existem respostas certas nem erradas.

A escala de resposta é assim constituída pelo seguinte:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Nem discordo nem concordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
1 – Envolver-se em actividades de lazer é uma boa forma de usar o tempo					1 2 3 4 5
2 – As actividades de lazer são benéficas para os indivíduos e para as sociedades					1 2 3 4 5
3 – Normalmente as pessoas criam amizades nas suas actividades de lazer					1 2 3 4 5
4 – As actividades de lazer contribuem para a saúde das pessoas					1 2 3 4 5
5 – As actividades de lazer aumentam a felicidade das pessoas					1 2 3 4 5
6 – O lazer aumenta a produtividade das pessoas no trabalho					1 2 3 4 5
7 – As actividades de lazer ajudam a renovar a energia de uma pessoa					1 2 3 4 5
8 – As actividades de lazer podem ser uma forma de auto-crescimento					1 2 3 4 5
9 – As actividades de lazer ajudam os indivíduos a relaxar					1 2 3 4 5
10 – As pessoas precisam de actividades de lazer					1 2 3 4 5
11 – As actividades de lazer são boas oportunidades para contactos sociais					1 2 3 4 5
12 – As actividades de lazer são importantes					1 2 3 4 5

B. Gostaríamos de saber como se sente em relação ao seu lazer, atendendo às afirmações que se seguem.

Se **nunca** teve esse sentimento marque “1”, se tem **sempre** esse sentimento marque “5”. Se se encontrar num ponto intermédio marque o número que melhor corresponda aos seus sentimentos. Mais uma vez, não existem respostas certas nem erradas.

A escala de resposta é assim constituída pelo seguinte:

	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
13 – Quando estou envolvido(a) em actividades de lazer o tempo voa					1 2 3 4 5
14 – As minhas actividades de lazer dão-me prazer					1 2 3 4 5

15 – Eu valorizo as minhas actividades de lazer	1	2	3	4	5
16 – Durante as minhas actividades de lazer posso ser eu próprio	1	2	3	4	5
17 – As minhas actividades de lazer propiciam-me experiências encantadoras	1	2	3	4	5
18 – Sinto que o lazer é bom para mim	1	2	3	4	5
19 – Gosto do tempo que passo quando estou envolvido em actividades de lazer	1	2	3	4	5
20 – As minhas actividades de lazer são reparadoras	1	2	3	4	5
21 – Considero apropriado um envolvimento frequente em actividades de lazer	1	2	3	4	5
22 – Sinto que o tempo que passo em lazer não é tempo perdido	1	2	3	4	5
23 – Gosto das minhas actividades de lazer	1	2	3	4	5
24 – As minhas actividades de lazer absorvem-me ou exigem a minha total atenção	1	2	3	4	5

C. As seguintes afirmações referem-se a questões sobre as intenções de realizar actividades de lazer. Se discordar totalmente, marque “1”; se concordar totalmente marque “5”. Se se encontrar num ponto intermédio marque o número que melhor descreva a sua concordância ou discordância. Não existem respostas certas nem erradas.

A escala de resposta é assim constituída pelo seguinte:

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Nem discordo nem concordo	4 Concordo	5 Concordo totalmente
25 – Faço actividades de lazer frequentemente	1	2	3	4	5
26 – Se tivesse oportunidade aumentaria a quantidade de tempo que passo em actividades de lazer	1	2	3	4	5
27 – Compro artigos e equipamentos para usar nas minhas actividades de lazer sempre que as minhas possibilidades financeiras assim o permitem	1	2	3	4	5
28 – Faria mais e novas actividades de lazer se tivesse mais tempo e dinheiro	1	2	3	4	5
29 – Dedico bastante tempo e esforço para me tornar mais competente nas minhas actividades de lazer	1	2	3	4	5
30 – Se pudesse escolher, viveria num ambiente ou cidade que tivesse mais oportunidades de lazer	1	2	3	4	5
31 – Faço algumas actividades de lazer, mesmo quando elas não foram planeadas	1	2	3	4	5
32 – Participaria numa aula ou seminário para estar mais capaz de fazer melhor as actividades de lazer	1	2	3	4	5
33 – Apoio a ideia de aumentar o meu tempo livre para me poder envolver em mais actividades de lazer	1	2	3	4	5
34 – Envolve-me em actividades de lazer mesmo quando ando ocupado	1	2	3	4	5
35 – Gostaria de ter mais tempo de educação e preparação para actividades de lazer	1	2	3	4	5
36 – De entre as actividades que tenho dou grande prioridade às de lazer	1	2	3	4	5

ANEXO III. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Eliane Amarilha de Souza Dantas

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre **“Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência”** em Maringá-PR.

Solicito autorização da **Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC)** para coleta de dados da pesquisa nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de Maringá-PR.

Cordialmente,


Prof.ª Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

Eliane Amarilha de Souza Dantas
Gerente de Proteção Especial da SASC
Maringá – PR


Eliane Amarilha de Souza Dantas
Gerente de Prot. Social Especial
Sasc. Matr. 13049

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil
Fone: (44) 3261-4494 - Fax/DEN: (44) 3261-4471

Informações: www.pse.uem.br - E-mail: sec-pse@uem.br

ANEXO IV. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – ASILO SÃO VICENTE DE PAULO



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Erani D. Carvalho

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre **“Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência”** em Maringá-PR.

Solicito autorização do **Asilo São Vicente de Paulo** (CNPJ nº. 76.722.180/0001-87) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,

Prof.ª Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

Erani Carvalho
Enf. Intensivista C.R.
COREN-PR: 184685

Erani D Carvalho
Enfermeira responsável pelo Asilo São Vicente de Paulo
Maringá – PR

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil
Fone: (44) 3261-4494 - Fax/DEN: (44) 3261-4471

Informações: www.pse.uem.br - E-mail: sec-pse@uem.br

ANEXO V. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – LAR DOS VELHINHOS - ASSOCIAÇÃO CULTURAL E BENEFICENTE NOVA LOURDES



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Magnólia Santos Pereira

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre “**Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência**” em Maringá-PR.

Solicito autorização do **Associação Cultural e Beneficente Nova Lourdes - Lar dos Velhinhos** (CNPJ nº. 84.304.179/0013-02) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,

Profa. Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

Magnólia Santos Pereira
Diretora da Associação Cultural e Beneficente Nova Lourdes - Lar dos Velhinhos
Maringá – PR

ANEXO VI. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA: RECANTO MAANAIN – RAZÃO SOCIAL: PATRONI & MARTINS LTDA – ME



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Sandra M. Sanches

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre “**Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência**” em Maringá-PR.

Solicito autorização do **Recanto Maanain - Razão Social: Patroni & Martins LTDA – ME** (CNPJ nº. 05.131.824/0001-14) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,

Prof.ª Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

Sandra Magda Sanches
Diretora do Recanto Maanaim
Maringá – PR

ANEXO VII. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – LAR DE CRISTO LUZ AMOR



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

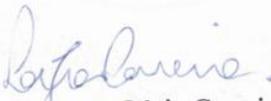
Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Miriam

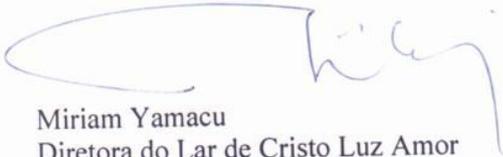
Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre **“Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência”** em Maringá-PR.

Solicito autorização do **Lar de Cristo Luz Amor** (CNPJ nº. 01.333.520/0001-89) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,



Prof. Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.



Miriam Yamacu
Diretora do Lar de Cristo Luz Amor
Maringá – PR

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil
Fone: (44) 3261-4494 - Fax/DEN: (44) 3261-4471
Informações: www.pse.uem.br - E-mail: sec-pse@uem.br

ANEXO VIII. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – CASA LAR BENEDITO FRANCHINI



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezada Senhora Eliana Dranka

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre “**Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência**” em Maringá-PR.

Solicito autorização da **Casa Lar Benedito Franchini** (CNPJ nº. 76.722.180/0001-87) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,

Prof.ª. Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

ELIANA DE MORAES DRANKA
Unidade Casa Lar Benedito Franchini
Diretora da Unidade

Eliana Dranka
Gerente da Casa Lar Benedito Franchini
Maringá – PR

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil
Fone: (44) 3261-4494 - Fax/DEN: (44) 3261-4471

Informações: www.pse.uem.br - E-mail: sec-pse@uem.br

ANEXO IX. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE AMPARO ÀS PESSOAS IDOSAS – WAJUNKAI



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezado Senhor Kenji Ueta,

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre **“Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência”**, em Maringá-PR.

Solicito autorização da **Associação Paranaense de Amparo às Pessoas Idosas – Wajunkai** (CNPJ nº. 75.833.657/0001-39) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,

Prof. Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.

Kenji Ueta
Vice-presidente do Wajunkai
Maringá – PR

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - CEP: 87020-900 - Maringá – Paraná – Brasil
Fone: (44) 3261-4494 - Fax/DEN: (44) 3261-4471

Informações: www.pse.uem.br - E-mail: sec-pse@uem.br

ANEXO X. AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA – LAR HOTEL E LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS BEM VIVER



Fundação Universidade Estadual de Maringá
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

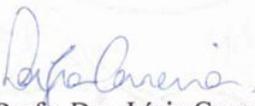
Maringá, 05 de outubro de 2012.

Prezado Senhor Gustavo Francis C. dos Santos

Apresento a pós-graduanda **Vivian Carla de Castro**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Estadual de Maringá, que desenvolverá uma pesquisa sobre “**Atitudes face ao lazer de idosos e implicações para a enfermagem: um estudo em instituições de longa permanência**” em Maringá-PR.

Solicito autorização do **Lar Hotel e Longa Permanência Para Idosos Bem Viver** (CNPJ nº.08.244.106/0001-42) para coleta de dados da pesquisa.

Cordialmente,


Prof. Dra. Lígia Carreira,
Orientadora.


Gustavo Francis C. dos Santos
Responsável pelo Lar Hotel e Longa Permanência Para Idosos Bem Viver
Maringá – PR

ANEXO XI. PARECER DO COPEP/UEM

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES FACE AO LAZER DO IDOSO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM: um estudo em Instituições de Longa Permanência

Pesquisador: Lígia Carreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09792612.0.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 160.445

Data da Relatoria: 12/11/2012

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora, "o envelhecimento populacional e os avanços no desenvolvimento das ciências e tecnologias têm acarretado importantes conquistas para a sociedade, dentre elas o envelhecimento populacional (BRASILEIRO et al., 2011). Aproximadamente 10% da população brasileira é formada por pessoas com 60 anos ou mais, sendo a expectativa de vida atual de 73 anos. Estima-se que, em 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de idosos do mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Esses dados, que não são novidades no meio científico e na imprensa, representam um fenômeno mundial com inúmeras repercussões nas esferas econômica e social, sobretudo para os países em desenvolvimento, como o Brasil, que necessitam garantir recursos suficientes para o funcionamento de seus sistemas previdenciários, além de assegurar os serviços de saúde, que tem custos mais elevados para esta população (FRANÇA, 2008). Na sociedade atual, a velhice é colocada como algo indesejável e as transformações por ela provocadas são alvos de diversas intervenções na tentativa de impedi-las ou revertê-las, como cosméticos, receitas dietéticas, cirurgias plásticas, entre outras. Eis aqui um paradoxo, visto que o arsenal tecnológico promete alongar a vida cronológica e, no entanto, acarreta a perda da juventude e a submissão às limitações impostas pelo processo de envelhecimento (CORREA, 2009). Mudanças físicas, psicológicas e sociais permeiam, de maneira individual, a fase do ciclo da vida denominada senescência, momento no qual a pessoa idosa analisa sua própria trajetória de vida, em termos de objetivos alcançados e perdas sofridas e, nestas, a saúde é uma das mais afetadas (PESTANA, 2008). O setor saúde, em meio à relevância no

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br

âmbito social e científico de se investigar os fatores que interferem na qualidade de vida na senescência, busca atender às demandas dessa população por meio da proposição de ações e políticas públicas para que, apesar das progressivas limitações que tal fase pode acarretar, os idosos possam redescobrir possibilidades de viver de maneira a satisfazer suas necessidades humanas (BRASIL, 2006; MOURA; SILVA; MARQUES, 2011). Dentre as políticas públicas dirigidas à velhice, o Estatuto do Idoso aparece como um marco no sentido de reconhecer legalmente os direitos e deveres dessa fase da vida, assegurando os direitos fundamentais à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (CORREA, 2009).”

Trata-se de protocolo de pesquisa na área temática do grupo III, proposta por pesquisadora vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as atitudes face ao lazer de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Maringá-PR; identificar de que forma as atividades de lazer estruturam e influenciam as experiências de vida; identificar como os sujeitos se posicionam face às atividades e experiências de lazer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora alerta que poderão ocorrer momentos de desconforto em relação ao sujeito da pesquisa, já que se trata de um assunto pessoal e que inclui a expressão de sentimentos íntimos. Quanto aos benefícios esperados, afirma que serão indiretos, como contribuição para o ensino-pesquisa na área da saúde, fornecendo importantes subsídios, por meio da compreensão de fatos cotidianos, para buscar a melhoria da qualidade da assistência à saúde de idosos que se encontram institucionalizados. Avalia-se que os eventuais riscos a que poderão ser submetidos os sujeitos da pesquisa serão suplantados pelos benefícios esperados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, envolvendo 164 sujeitos de pesquisa. O presente estudo desenvolver-se-á nas instituições atendidas pelas políticas de proteção e defesa do idoso na cidade de Maringá. Serão aplicados dois instrumentos para a coleta dos dados: Perfil sócio-demográfico e de institucionalização relacionado ao Lazer - elaborado pela pesquisadora e destinado à identificação do idoso, seu perfil sócio-demográfico, suas características de institucionalização e ao levantamento das atividades de lazer oferecidas aos idosos das Instituições de Longa Permanência, se houver; e Escala de Atitudes Face ao Lazer - destinada à mensuração das atitudes, nos aspectos cognitivo, afetivo e comportamental dos idosos face ao lazer. Originalmente construída por Ragheb e Beard (1982), foi traduzida para o

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br

português e validada por Freire e Fonte (2007). O estudo obteve a autorização da Secretaria da Assistência Social e das Instituições de Longa Permanência. A pesquisa terá como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; residir há, no mínimo, seis meses nas Instituições de Longa Permanência de Idosos de Maringá-PR; estar apto a responder às questões do estudo, a partir da obtenção do escore mínimo do teste de avaliação cognitiva Mini Exame do Estado Mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável. O cronograma de atividades apresentado é compatível com a realização da pesquisa e prevê a coleta de dados para o período de 07/01/2013 a 29/03/2013. O orçamento descreve gastos na ordem de R\$ 550,00, com financiamento próprio. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado na forma de convite à participação na pesquisa contém as garantias mínimas preconizadas pela Res. 196/1996-CNS. A pesquisadora apresenta Questionário do Perfil Socioeconômico, Exame de Estado Mental e Escala de Atitudes Face ao Lazer a serem aplicados junto aos sujeitos da pesquisa. A pesquisadora apresenta autorização de todas as instituições envolvidas com a investigação.

Recomendações:

Devido a pesquisa ser realizada com pacientes internados, recomenda-se que a investigação se desenvolva dentro dos limites propostos no protocolo de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela **APROVAÇÃO** do protocolo em tela.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz da normativa ética vigente, este comitê de ética em pesquisa se manifesta pela **APROVAÇÃO** do protocolo em tela.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



MARINGÁ, 01 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Ieda Harumi Higarashi
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br