

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS EM
RELAÇÃO ÀS AVDs e AIVDs**

Danusi Sfredo

Passo Fundo
2012

Danusi Sfredo

**Avaliação da qualidade de vida em idosos em relação
às AVDs e AIVDs**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Astor Antônio Diehl

Co-orientador:

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira

Passo Fundo
2012

CIP – Catalogação na Publicação

S523a Sfredo, Danusi

Avaliação da qualidade de vida em idosos em relação às AVDs e AIVDs /

DanusiSfredo. – 2012.

109f. : il. color.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de
Passo Fundo, 2012.

Orientação: Prof. Dr. Astor Antônio Diehl.

Coorientação: Prof.Dr.PériclesSaremba Vieira.

1. Idosos. 2. Qualidade de vida. 3. Envelhecimento. 4. Estado e política. 5. Capacidade motora. I. Diehl, Astor Antônio, orientador. II. Vieira, Péricles Saremba, coorientador. III. Título.

CDU:613.98

Catalogação: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

DANUSI SFREDO

Ao primeiro dia do mês de março do ano dois mil e doze, às dez horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: **"Avaliação da qualidade de vida em idosos em relação às AVDs e AIVDs"**, apresentada pela mestranda Danusi Sfredo, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Astor Antônio Diehl - orientador e presidente da banca examinadora (UPF), Pércles Saremba Vieira (Co-orientador), Edite Maria Sudbrack e Telma Elita Bertolin. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

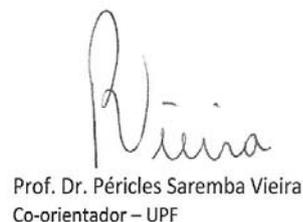
A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof. Dr. Astor Antônio Diehl, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 01 de março de 2012.



Prof. Dr. Astor Antônio Diehl
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Pércles Saremba Vieira
Co-orientador – UPF



Prof.ª. Dr.ª. Edite Maria Sudbrack
Universidade Regional Integrada de Frederico Westphalen



Prof.ª. Dr.ª. Telma Elita Bertolin
Universidade de Passo Fundo - UPF

DEDICATÓRIA

Aos idosos, motivação do meu caminhar profissional neste momento de minha vida, com os quais ainda tenho muito a aprender.

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente a Anderson, meu irmão Deyvis e minha mãe Lourdes, sou muito grata pela paciência e espera, por compreender e suportar os momentos de ausência sendo meu suporte para dar continuidade ao meu estudo.

Ao Professor Dr. Astor Antônio Diehl pelas fundamentais contribuições nas orientações, transmitindo segurança para que seguíssemos em frente.

Ao Professor Dr. Adriano Pasqualotti pela contribuição no desenvolvimento da análise estatística deste estudo.

À Helenice A. Derkoski Dalla Nora, coordenadora do curso de Serviço Social da URI/FW, pelo incentivo dado, que me fez acreditar que este sonho era possível.

Às colegas Michely e Fernanda pelo apoio e companheirismo ao longo desta caminhada, possibilitando troca de ideias e experiências.

À equipe dos Agentes Comunitários de Saúde de Liberato Salzano-RS pela solidária e importantíssima colaboração a esta pesquisa.

Em especial, aos queridos idosos que integraram este estudo, pela colaboração e disponibilidade que tiveram em responder aos instrumentos.

Acima de tudo, agradeço a Deus por iluminar meu caminho, possibilitando a superação das dificuldades encontradas.

RESUMO

Sfredo, Danusi. **Avaliação da qualidade de vida em idosos em relação às AVDs e AIVDs.** 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Em razão do envelhecimento humano as populações têm atingido faixas etárias cada vez mais elevadas que consequentemente evidencia a incapacidade funcional e a dependência dos idosos para as Atividades da Vida Diária - AVDs e Atividades Instrumentais da Vida Diária – AIVDs, afetando a sua qualidade de vida. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos com 75 anos e mais, em relação ao nível de dependência para a realização das AVDs e AIVDs. Através dos objetivos específicos buscamos conhecer as condições de funcionalidade da população estudada e avaliar a influência da dependência na qualidade de vida do idoso em relação às AVDs e AIVDs. A metodologia deu-se através de estudo populacional, transversal, descritivo e analítico. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: MEEM – Mini Exame do Estado Mental, Escala de Katz, Escala de Lawton, Questionário de PFEFFER (QPAF), o Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WOQOL OLD, versão em português e um questionário semiestruturado de informações sócio-demográficas. A população constituiu-se de 159 idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde. Para o tratamento estatístico e obtenção dos resultados utilizou-se a estatística descritiva através da análise da média, teste ‘T’ e desvio padrão, bem como a ANOVA para a análise da variância, com um nível de significância de $p = 0,05$. Através das análises estatísticas comprovou-se que a dependência afeta, de forma significativa, a qualidade de vida do idoso dependente para as AVDs, ($M = 19,3$), avaliados pela Escala de Katz. As AIVDs foram avaliadas pela Escala de Lawton e os resultados encontrados demonstram um crescimento na qualidade de vida do idoso, porém em nível não elevado, indicando uma média de qualidade de vida de ($M = 18,6$) para o dependente, ($M = 20,7$) para o dependente parcial e ($M = 22,3$) para o idoso independente. A pesquisa conclui que a condição de dependência para as AVDs e AIVDs, afeta, significativamente, a qualidade de vida, do idoso dependente. Portanto, podemos afirmar que é um dos fatores que interfere na qualidade de vida de idosos de 75 anos e mais. O envelhecer na cultura contemporânea deve se dar de forma a contemplar as demandas dos envelhecidos, de maneira que estes tenham possibilidades de

desenvolvimento e participação na vida familiar e social. As políticas públicas voltadas para o idoso devem ter ações orientadas para a preservação da capacidade funcional na vida longa. Esta perspectiva será capaz de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os seres idosos.

Palavras-chave: **Envelhecimento humano; capacidade funcional; qualidade de vida; políticas públicas.**

ABSTRACT

Sfredo, Danusi. Assessment of quality of life in older adults in relation to ADL and IADL. 2012. 109 f. Dissertation (Master in Human Aging) – University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.

Due to the human aging the populations have reached age increasingly higher e, consequently, this evidence the functional disability and dependence of the elderly to the Activities of Daily Life - ADL and Instrumental Activities of Daily Life - IADL affecting their quality of life. The present study aimed to evaluate the quality of life in elderly with 75 years old and over in relation to the level of dependency to the achievement of ADL and IADL. The specific objectives we seek to know the conditions of functionality of the studied population and evaluate the influence of dependency on the quality of life of elderly in relation the ADL and IADL. The methodology was through population, descriptive, transversal and analytical study. The instruments used in data collection were: Mini Mental State Examination, Katz Scale, Lawton Scale, PFEFFER Questionnaire (QPAF), WOQOL OLD Questionnaire of perception of quality of life, version in Portuguese and a semi structured questionnaire of socio-demographic information. Population consisted of 159 elderly served in a Basic Health Unit. For the statistical treatment and obtaining the results, we used the descriptive statistics through the analysis the mean, 'T'-test and standard deviation, and also ANOVA to analysis of variance, with a significance level of $p = 0.05$. Through statistical analysis proved that the dependency affects significantly the quality of life of dependent elderly for ADL, (M = 19.3), evaluated by Katz Scale. IADL were evaluated by Lawton Scale and the results found show an increase in quality of life of the elderly, but not high level, indicating an average of quality of life for (M = 18.6) for the dependent, (M = 20.7) to partial dependent (M = 22.3) for the independent elderly. Concludes that the condition of dependency for ADL and IADL, affects significantly the quality of life of elderly dependent. Therefore, we can say that is one of the factors that interfere with quality of life of individuals aged 75 years and more. Get old in contemporary culture must give way to contemplate the people who are aging demands so that they have opportunities for development and participation in family and social life. Public policies directed at the elderly should take actions oriented to the preservation of functional capacity in long-lived life. This perspective will be able to provide a better quality of life for the elderly.

Key words: **Human aging; Functional capacity; Quality of life; Public policies.**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Avaliação da média da qualidade de vida em relação as AVDs pela Escala de Katz entre os grupos dependentes e independentes	88
Figura 2 – Avaliação da variância entre os grupos dependentes e independentes para as AVDs pela Escala de Katz	90
Figura 3 – Avaliação da variância dentro do grupo dos idosos dependentes para as AVDs	92
Figura 4 – Avaliação da média para os grupos dependentes, dependentes parciais e independentes para as AIVDs	94
Figura 5 – Avaliação da variância para os grupos dos idosos dependentes, dependentes parciais e independentes para as AIVDs	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados Déficit Cognitivo	75
Tabela 2 – Resultados da Classificação de Katz	79
Tabela 3 – Resultados da Classificação de Lawton	81
Tabela 4 – Resultados da Classificação de Pfeffer	83

LISTA DE ABREVIATURAS

AVDs – Atividades da Vida Diária

AIVDs – Atividades Instrumentais da Vida Diária

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA: UM MUNDO POSSIVEL PARA O ENVELHCENTE	24
2.1 O ENVELHECER NA CULTURA CONTEMPORÂNEA: DOS LIMITES INDIVIDUAIS AOS DESAFIOS COLETIVOS	24
2.1.1.O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS	35
3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E DA POPULAÇÃO DE PESQUISA .50	
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	50
3.1.1 PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1.2 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DE UMA POPULAÇÃO DE 75 ANOS E MAIS	53
4. APRESENTAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DA PESQUISA	72
4.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS: UMA BREVE DESCRIÇÃO	73
4.1.1. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM (FOLSTEIN, 1975)	74
4.1.2. ESCALA DE KATZ	78
4.1.3. ESCALA DE LAWTON	79
4.1.4. QUESTIONÁRIO DE PFEFFER	82
4.1.5. INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL OLD	83
4.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS.....	109
ANEXO A. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
ANEXO B. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	
ANEXO C. ESCALA DE KATZ	
ANEXO D. ESCALA DE LAWTON	
ANEXO E. QUESTIONÁRIO DE PFEFFER	
ANEXO F. QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL OLD	
ANEXO G. QUADROS DEMONSTRATIVOS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS: QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, CLASSIFICAÇÃO DE KATZ, DE PFEFER E LAWTON	
ANEXO H. QUADROS DEMONSTRATIVOS DAS ANÁLISES ESTATÍSTICAS: MEEM E WHOQOL OLD	
APÊNDICES	
APÊNDICE A. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA	
APÊNDICE B. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. É, também, o resultado de significativas transformações ocorridas na sociedade no que tange aos aspectos que ocasionaram a chamada ‘transição demográfica’, ou seja, a diminuição dos coeficientes de mortalidade, e as taxas de fecundidade e natalidade. Com o aumento da expectativa de vida e a tendência ao aumento da população idosa ocorreu a chamada ‘transição epidemiológica’, traduzindo-se no aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e diminuição das doenças infecciosas. Isto levou ao aumento do número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração.

O mundo passa por uma revolução demográfica. Dados da OMS (2002) indicam que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo, mais rapidamente, que em qualquer outra faixa etária, estimando-se que, em 2025, existirá um total de, aproximadamente, 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos.

Frente a esta realidade, a sociedade busca, através de diversos mecanismos, uma sobrevivência cada vez maior com uma qualidade de vida cada vez melhor para que os anos vividos em idade avançada sejam repletos de significado e dignidade. O alcance deste resultado positivo, ou seu oposto, uma velhice com presença de patologias relaciona-se com a história do desenvolvimento e do envelhecimento de cada indivíduo, e é assinalada por influências biológicas, e socioculturais. No curso de desenvolvimento de cada indivíduo, os hábitos de uma vida ativa com a manutenção da capacidade funcional contribuem, significativamente, para um envelhecer saudável.

Neste sentido, evidencia-se a problemática da incapacidade funcional em idosos, levando-os à dependência para as atividades da vida diária e instrumentais. Segundo pesquisa realizada por Bonardi, et al. (2007, p. 138), são predominantes nos idosos as doenças crônico-degenerativas e suas complicações, resultando em um declínio de múltiplos sistemas fisiológicos e levando à vulnerabilidade e à temível dependência funcional. Em seu estudo as autoras concluem que a saúde é medida pelo grau de preservação da capacidade funcional.

A literatura postula que a partir dos 60 anos, começam a ocorrer e se acentuar os declínios físicos e cognitivos no envelhecimento normativo. Estas ocorrências nos instigaram a saber mais sobre a capacidade funcional dos idosos para a realização das Atividades da Vida Diária e das Atividades Instrumentais da Vida Diária por acreditar que a capacidade funcional dos envelhecidos reflete, também, as possibilidades dos mesmos terem qualidade de vida em idade avançada. A qualidade de vida é entendida como um conjunto de aspectos relacionados à satisfação geral da vida do indivíduo no plano físico, espiritual, de saúde, financeiro e relacional. Assim, conhecer as condições de funcionalidade de uma população idosa de 75 anos e mais, é relevante no sentido de se avaliar as possibilidades de continuidade de desenvolvimento de aptidões e habilidades ao longo do curso de vida.

Diante dessa problemática assume relevância a necessidade de conhecer, adequadamente, as condições de capacidade funcional em idosos no intuito de prevenção e tratamento dos aspectos que levam à dependência para as AVDs e AIVDs. É, igualmente importante, saber se os idosos estão conseguindo preservar a capacidade funcional em idades avançadas, assim como usufruir de uma longevidade com qualidade de vida.

Considerando que a qualidade de vida é fundamental no processo de envelhecer, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em idosos com 75 anos e mais em relação ao nível de dependência para a realização das AVDs e AIVDs. Para tanto, através dos objetivos específicos buscamos conhecer as condições de funcionalidade da população estudada e avaliar a influência da dependência na qualidade de vida do idoso em relação às AVDs e AIVDs.

A presente pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo e a Linha de Pesquisa dos Aspectos Educacionais e Psicossociais do Envelhecimento.

Nosso objeto de estudo foi idosos com idade de 75 anos e mais. A população caracterizou-se por um total de cento e cinquenta e nove (159) idosos que demonstraram ter condições de responder aos instrumentos de pesquisa na íntegra.

O processo metodológico desenvolveu-se com a coleta de dados realizada através de visita domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde, devidamente treinados para tal procedimento. Foram garantidos os pressupostos éticos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado por todos os idosos participantes. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo – RS, em 10/03/2011 sob o Parecer nº077/2011.

Para responder aos objetivos da pesquisa utilizamos diversos instrumentos que nos permitiram obter o conhecimento da capacidade funcional destes idosos.

O teste cognitivo Mini exame do Estado Mental de Folstein & Folstein (1975) foi utilizado para obter informações sobre parâmetros cognitivos e avaliar funções cognitivas específicas, tais como orientação temporal e espacial, registro de palavras, atenção, cálculo, recordação, linguagem e capacidade construtiva; a escala de Katz (1983) permitiu avaliar a capacidade para realização das Atividades da Vida Diária - banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação; através da escala de Lawton et al., (1969), avaliamos as Atividades Instrumentais da Vida Diária - usar o telefone, usar transporte sozinho, fazer compras, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer pequenos reparos domésticos, lavar e passar roupa, administrar remédios e cuidar das finanças; o Questionário de PFEFFER (QPAF) permitiu verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e, conseqüentemente da assistência requerida, obtendo-se as informações referidas pelo cuidador; o Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL OLD (Fleck, 1999, versão em português) possibilitou avaliar a percepção de qualidade de vida dos idosos; e através do questionário semiestruturado obtivemos o perfil sócio demográfico da população estudada.

A utilização de vários instrumentos se justifica pelo fato de permitir uma grande quantidade de informações sobre o universo pesquisado e, ao mesmo tempo, possibilita a cada um deles responder a aspectos específicos. Neste sentido, por questões práticas, de tempo e objetividade na conclusão e cumprimento dos objetivos deste estudo, fizemos um recorte destes instrumentos para serem analisados estatisticamente.

A partir deste recorte, centramo-nos apenas na análise estatística das escalas de Katz e Lawton e do Whoqol Old. Assim, esta pesquisa apresenta limitações no que tange à análise e descrição de todos os domínios dos instrumentos aplicados.

Mesmo assim, a pesquisa possibilitou aprofundar os aspectos relacionados ao envelhecimento humano. Considerando que o envelhecimento é um processo normal, natural e dinâmico, pode ser compreendido, também, segundo a Organização Mundial da Saúde, como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

No Brasil, tem-se um aparato de regulamentações Legais em relação aos direitos dos idosos. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994, através da Lei nº. 8.842, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa através da Portaria nº 2.528, de 19/10/2006 garantem que todos os idosos tenham direito à promoção de sua autonomia e independência, integração e participação efetiva na sociedade, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim. Neste sentido, incumbe à família, à sociedade e ao Estado a sustentação de uma vida digna ao idoso.

Neste sentido, é função das políticas públicas, principalmente de saúde, contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessário haver mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. Incluem-se neste contexto as possibilidades de manutenção das condições de funcionalidade cognitiva e física em idades avançadas.

Apesar de existirem políticas públicas que através de um conjunto de ações buscam promover o envelhecimento bem sucedido, a situação real da velhice, normalmente, vem acompanhada de queixas e ceticismo e desesperança pelos idosos, refletindo nestes a falta de perspectivas diante desta etapa da vida. Essa realidade determina em nossa sociedade o lugar que o velho ocupa e as vivências e experiências

dicotômicas entre este segmento populacional, pois, as condições socioeconômicas e psicossociais acabam por impedir que muitos idosos vivam uma velhice satisfatória.

Dessa forma, Paschoal (2000, p. 5) evidencia que em nossa sociedade os idosos são pessoas com possibilidades menores de vida digna, dada não apenas a imagem social entre nós vista como época de perdas, incapacidades e decrepitude.

Segundo Torres e Sá, (2008, p. 2), salientam a velhice tem sido tratada como um mal necessário, da qual a sociedade não tem como escapar. Por esse princípio, o idoso também é tratado como um mal necessário, como alguém que já cumpriu sua missão social: já trabalhou, já cuidou da família, já contribuiu para a educação dos filhos, restando a ele, apenas esperar pela finitude da vida. O que se observa é que com as pesquisas na área de saúde e o acesso da população idosa aos diversos serviços, a população, de um modo geral, chega aos 60 anos com possibilidade de viver mais (e com qualidade de vida), do que vivia há 20 anos atrás. As autoras afirmam que o envelhecimento populacional pressiona a sociedade a repensar a fase final da vida, a entender o lugar social ocupado pelo idoso, como sujeito que tem direitos e deveres enquanto cidadão.

O segmento idoso requer cuidados específicos e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento sem segregá-los da sociedade. Incluem-se nestas as incapacidades para as Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária que fazem com que os idosos se tornem dependentes de terceiros, requerendo ajuda para tarefas simples do dia a dia. Neste sentido, as pesquisas possuem a árdua tarefa de fornecerem dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para que essa parcela da população tenha preservada sua capacidade de realização das AVDs e AIVDs, uma vez que isto influenciará de forma positiva na sua qualidade de vida.

O aumento da longevidade e o crescimento do número de idosos em proporções gigantescas, aliados às políticas de proteção social aos idosos, e maior atuação das políticas de saúde preventiva, contribuem, fundamentalmente, para a mudança de uma perspectiva pessimista da velhice, que passou a ser vista de modo mais

positivo, como uma experiência mais gratificante e que merece ser vivida dignamente. Neste sentido, muitos estudos têm se dedicado a entender a velhice sob novas óticas, como qualidade de vida, bem-estar subjetivo, condições de capacidade e autonomia funcional em idades mais avançadas e satisfação com a vida.

Paschoal (2000, p. 93), ao se referir sobre a importância de se avaliar a qualidade de vida na população idosa, relaciona os esforços desta para a manutenção da integridade, independência e autonomia. Destaca que a dependência é muito variável, desde os que não precisam de nenhuma ajuda até os que são totalmente dependentes. Na situação de dependência o grande desafio é saber respeitar a individualidade de autonomia da pessoa. Destes aspectos deriva a preocupação das pessoas idosas de terem como objetivo a manutenção de autonomia e do máximo de independência possível em todos os domínios de sua vida.

Autores como Paschoal (2002), Conte et al. (2005), e Martins (2007), atentam para o cuidado quando se avaliar a qualidade de vida de idosos, pois, deve-se considerar o fato de o envelhecimento se dar de forma heterogênea, existindo assim, muitas e grandes diferenças individuais entre os mesmos. Diferenças que se apresentam como características físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socioeconômicas, o que torna as conclusões a respeito da qualidade de vida e do cuidado necessário, de caráter individualizados.

Dessa forma, torna-se importante a manutenção das capacidades funcionais no plano físico, pois influenciarão, decisivamente na qualidade de vida do indivíduo no curso do envelhecimento normativo, bem como com presença de alguma doença.

Portanto, a velhice deve ser analisada num contexto heterogêneo. No curso de desenvolvimento de cada indivíduo, os hábitos de uma vida ativa mental, e fisicamente contribuem, significativamente, para um envelhecer saudável. Para tanto, faz-se necessário propor condutas e políticas que favoreçam um caminho autosuficiente para a velhice, para que seja uma etapa repleta de significado. A perda da autonomia, geralmente, associa-se à redução ou perda da eficiência de alguns órgãos e sistemas, afetando a capacidade funcional para as AVDs e AIVDs.

O envelhecimento envolve processos que implicam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais. Isto faz com que tenhamos a compreensão de que a velhice é uma realidade que deve ser cada vez mais valorizada pela sociedade com suas implicações e particularidades como fase da vida.

Para Mendes (2005 p. 424), o envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando, assim, a formação do indivíduo idoso.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

Portanto, muitos estigmas que dizem respeito aos idosos estão mais relacionados a uma cultura que os desvaloriza e limita. No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo”, buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento.

O Envelhecimento Ativo pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Tais medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique, também, um ganho substancial em qualidade de

vida e saúde. (Brasília – Ministério da Saúde, Caderno de Saúde da Pessoa Idosa, 2006, p. 11).

Dentro deste quadro, a questão do envelhecimento bem sucedido ganha maiores proporções no cenário brasileiro embasado por diversas pesquisas nesta área que denotam que o mesmo está se colocando para um número crescente de pessoas. Para as gerações mais novas, hoje, é possível e compreensível que os indivíduos planejem e se preparem para sua velhice. Possibilita que esta ocorra de forma mais saudável, sem incapacidades físicas e deteriorização cognitiva, adotando uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, vai possibilitando uma mudança de mentalidade em relação à velhice, no sentido de ser considerada como fase de desenvolvimento e, não exclusivamente, como perdas e incapacidades.

As áreas que geram maior preocupação em torno do envelhecimento são os custos com seguro social e de saúde. Essa realidade leva os países a pensarem melhores formas de gerir políticas públicas de populações em processo de envelhecimento.

A velhice foi, tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência. Para que este ciclo se interrompa são necessários cada vez mais estudos sobre a capacidade funcional de idosos. O fato é que, atualmente a realidade da velhice é outra, pois muitos dos idosos se mantêm independentes na idade mais avançada. Ainda, atuam como mantenedores do sustento da família, ou então, exercem atividades informais no ambiente doméstico, cuidando de netos para que os mais jovens possam exercer atividade remunerada.

Tal contexto corresponde a uma mudança de paradigma em relação à visão que a sociedade tem sobre a pessoa que envelhece. Esta passa a ser vista como agente participante de uma sociedade como contribuinte ativo, reconhecidamente. Desse modo, a cultura passa a ser um importante determinante sobre a forma como a sociedade pensa o envelhecimento e, ao mesmo tempo, valoriza as ações que devem ser dispensadas em torno dele.

Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam de uma melhor qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, diminuindo a demanda de idosos que precisam, constantemente, de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos.

O envelhecimento saudável tem suas causas encontradas em fatores biológicos e hereditários, e em fatores do meio ambiente material e psicossocial. Estabelece-se aqui a difícil tarefa de identificar quais fatores exercem maior influência no resultado final: a velhice. Esta resposta é uma busca constante das ciências do envelhecimento que, por sua vez, constitui-se de um complexo multidisciplinar. O que se pode depreender da literatura existente é que a velhice é o resultado da interdependência de todos estes fatores.

Assim, este trabalho traz o enfoque das disciplinas, tais como a biologia, psicologia e sociologia para elucidar as condições de funcionalidade física que ocorre com o ser humano na etapa da vida relativa à velhice.

Para aprofundar a temática proposta neste estudo, este trabalho encontra-se dividido em três capítulos fundamentais. No primeiro capítulo procuramos fazer uma contextualização do quadro teórico, tendo em conta os aspectos relacionados com o envelhecimento onde são abordadas as definições sobre este conceito e as alterações decorrentes deste processo especialmente no que concerne à capacidade funcional e qualidade de vida do indivíduo idoso.

No segundo capítulo descrevemos, o estudo empírico realizado, o delineamento do estudo e o percurso metodológico para a coleta de dados, bem como demonstramos as características sóciodemográficas de uma população de 75 anos e mais e as implicações das variáveis para os indivíduos nesta faixa etária.

No terceiro capítulo, apresentamos as contribuições da presente pesquisa e a respectiva discussão dos principais resultados. Estes se referem a avaliação da qualidade

de vida do idoso pesquisado em relação a capacidade de realização das AVDs e AIVDs, demonstrando como a dependência exerce influencia na qualidade de vida do mesmo.

2. CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA: UM MUNDO POSSÍVEL PARA O ENVELHECENTE

VELHOS E JOVENS

*Antes de mim vieram os velhos
Os jovens vieram depois de mim
E estamos todos aqui
No meio do caminho dessa vida
Vinda antes de nós
E estamos todos a sós
No meio do caminho dessa vida
E estamos todos no meio
Quem chegou e quem faz tempo que veio
Ninguém no início ou no fim
Antes de mim
Vieram os velhos
Os jovens vieram depois de mim
E estamos todos aí.*

*Arnaldo Antunes
Péricles Cavalcanti*

O crescente envelhecimento populacional caracteriza, cada vez mais, a longevidade nas sociedades. Desde os tempos primórdios o indivíduo busca, através de sua perspicácia, novas conquistas em relação à sua sobrevivência. No contexto do envelhecimento, em meio a descobertas e desafios, diversidade de experiências e teorias, a literatura tem apontado que a capacidade funcional do idoso se torna uma importante dimensão, ao se considerar a continuidade do desenvolvimento pós os 60 anos.

Com isso, surgem novas formas de tratamento à velhice e ao idoso. Formas que visam a tornar a velhice menos estigmatizada e o idoso mais capaz. Isto leva em conta a experiência heterogênea, vivenciada pelos envelhecidos, criando novas demandas e a redefinição de papéis sociais para o campo do envelhecimento humano.

Considerando a velhice uma experiência individual numa perspectiva de desenvolvimento, a idade não se constitui em marcador eficiente para determiná-la.

Neste sentido, no envelhecimento devemos buscar o equilíbrio no funcionamento das alterações ao longo do curso de vida.

Os esforços da ciência caminham rumo concretização de uma velhice bem sucedida, caracterizada pela menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo com a vida.

Estes aspectos devem ter a colaboração das políticas públicas que orientam a sociedade para o envelhecimento ativo. Isto vai permitir a mudança da visão sobre o envelhecimento que deixa de ser sinônimo de doença e passa a ser considerado um ciclo vital que deve ser vivenciado intensamente.

2.1. O ENVELHECER NA CULTURA CONTEMPORÂNEA: DOS LIMITES INDIVIDUAIS AOS DESAFIOS COLETIVOS

A longevidade é um fato atual caracterizado, também, como fenômeno mundial que emerge de conquistas científicas e tecnológicas, levando os indivíduos a atingirem faixas etárias cada vez mais elevadas e que se impõem à sociedade contemporânea como um triunfo. Entretanto, não isento de implicações, responsabilidades e conseqüências sociais, políticas, econômicas e educacionais. Berzins (2003, p. 20), ao referir sobre envelhecimento populacional acrescenta que este vem acompanhado de transformações demográficas e comportamentais. Afirma, ainda, que o envelhecimento diz respeito a toda a sociedade (p. 33). Nesse sentido, a condição humana concedida pela experiência da velhice chama a atenção para uma nova categoria social, com características próprias e diferenciadas. E, para responder aos desafios que despontam desse novo perfil humano, fazem-se necessários novos enfoques culturais e sociais, bem como um redimensionamento dos recursos sociais e das instituições com vistas a um ajustamento à perspectiva do ser humano longo, considerando as possibilidades de manutenção da capacidade funcional em idades avançadas.

As demandas da longevidade, na sua relação com a sociedade, exigem uma reflexão sobre os valores postos pela sociedade atual que remete à dimensão individual e coletiva para o conjunto de práticas de cuidado pessoais, escolha de estilos de vida que

empreendem um sentido de valorização e supervalorização do corpo, da aparência e da satisfação dos desejos. A sociedade quer viver muito, mas não quer envelhecer.

O imaginário social na modernidade evidencia os estigmas da velhice em detrimento do culto à juventude, caracterizando a etapa da velhice como sendo associada a uma imagem de decrepitude, limitações e incapacidades.

As enfáticas discussões em torno da velhice contribuem para afastar esta conotação negativa que destaca um processo de envelhecimento impotente. Neste sentido, Tolotti (2005, p.15), ao discutir sobre velhice, afirma que, para o imaginário social, envelhecer é um processo marcado pelo efeito corrosivo do tempo que aprisiona o sujeito numa trajetória de perdas e limitações e que finda somente com a morte. Sendo assim, uma das tarefas centrais da velhice é elaborar uma definição e uma avaliação frente às perdas que ocorrem em todos os domínios da vida e engajar-se em novos papéis sociais e familiares.

Conforme Almeida (2003, p. 50), a relação da velhice com as imagens visuais oscila entre a ausência e a presença estereotipada, porém, quando pensada como segmento populacional (coorte), sua visibilidade é significativa. Neste sentido, a autora observa que a modernidade não só produziu a velhice, tal como a conhecemos, como criou condições para que ela fosse vivida mais longamente.

A construção do conceito de velhice, enquanto categoria social, é abordada por Almeida (2003), como sendo parte de um processo mais amplo que remete à análise da formação da sociedade ocidental moderna. A autora menciona o sexo e idade como princípios de classificação e organização social, sendo um processo dinâmico e, constantemente renovado, o que, no contexto da velhice, favorece-nos a articulação entre mecanismos universais e escolhas particulares. Assim, ela afirma que: ‘nas sociedades modernas a velhice é sinônimo de recusa e banimento’. Recusa vestida com diferentes roupagens: algumas bastante evidentes passam pela segregação e pelo isolamento social, pela ruptura dos laços afetivos, familiares e de amizade, pela negação do direito de pensar, propor, decidir, fazer, pela expropriação do próprio corpo; outras,

mais sutis, são encontradas no tom protetor, muitas vezes cercado de cinismo, com que lidamos com nossos ‘velhinhos’, (p. 41). Ressalta, ainda, que, esta sociedade se constrói a partir do pleno gozo das capacidades intelectuais e produtivas alicerçadas sobre um ideário no qual a juventude ocupa um lugar central, (p.42).

Assim, fica mais fácil compreender certos comportamentos que valorizam o que se expressa, cronológica e culturalmente, como ‘juventude estendida’ nos modelos de ser e agir relacionada ao individualismo moderno, reforçando o mito da eterna juventude. Constata-se que isto tem o apoio dos meios de comunicação e instituições interessadas nestes aspectos.

Nas palavras de Mercadante (2003, p. 56), no modelo social de velho, as qualidades a ele atribuídas são estigmatizadoras e contrapostas às atribuídas aos jovens. Assim sendo, qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características presentes no corpo dos indivíduos jovens e as qualidades opostas a estas, presentes no corpo dos idosos. Desta forma este modelo social ideológico, que atribui qualidades negativas aos velhos - degradação física e social – nega-lhes um futuro alternativo para a velhice.

De outro lado, denotam-se significativos esforços da sociedade no sentido de valorizar os que se encontram nesta fase da vida ou nesta categoria de idade, surgindo termos eufêmicos para caracterizar os momentos vividos pelos envelhecidos, tais como ‘melhor idade’, ‘idade madura’, ‘terceira idade’ como um constructo social no intuito de suavizar os estereótipos que caracterizam a velhice.

Bruno (2003. p.76) destaca que a velhice, como categoria construída socialmente, tem sido vista e tratada de maneira diferente, de acordo com os períodos históricos e com a estrutura social, cultural, econômica e política de cada povo. Estas transformações, portanto, não permitem um conceito absoluto de velhice e apontam para a possibilidade de haver sempre uma nova condição a ser construída para se considerar essa etapa da vida do ser humano.

Neste sentido, Debert (1999, p. 61), ao referir sobre aposentadoria e velhice, retrata uma realidade emergente sobre as novas linguagens em torno do envelhecimento que teve como fator propulsor as formas de aposentadoria iniciadas na França, através das caixas de aposentadoria, que instituíram novos serviços, dando lugar às antigas formas de tratamento aos velhos e aposentados. Assim, a terceira idade substitui a velhice, a aposentadoria ativa opõe-se à aposentadoria e o asilo passa a ser chamado de centro residencial. Neste contexto, a autora afirma que não se trata mais de cuidar apenas dos problemas econômicos dos idosos, mas também, de proporcionar-lhes cuidados culturais, psicológicos e (sociais) de forma a integrar uma população tida como marginalizada.

Associamos estes eventos à criação de novas formas de sociabilidade que sejam mais significativas e gratificantes para os mais velhos a partir da criação de espaços específicos para o convívio entre grupos de idosos e espaços para interação do saber e práticas no envelhecimento através das universidades para terceira idade e demais iniciativas. Tais práticas favorecem a manutenção da capacidade funcional dos indivíduos idosos.

Ao falar sobre as novas imagens e formas contemporâneas de gestão da velhice no contexto brasileiro, Debert (1999, p. 65) contrapõe-se à concepção de Almeida (2003) e revela uma desestabilização das imagens culturais tradicionais estereotipadas que se dá, principalmente pela maneira como o envelhecimento está sendo concebido: como uma experiência heterogênea. Este processo permite verificar as diferentes formas e condições para o envelhecimento. A partir do acionamento dos valores, socialmente estabelecidos, a velhice passa a ser objeto de cuidado e atenção especiais.

Na análise de Paschoal (2002, p. 82), o envelhecimento heterogêneo mostra que muitos idosos podem permanecer bastante saudáveis e com boa capacidade funcional até anos tardios, mantendo estáveis suas características físicas, mentais, de personalidade e sociais. Se houver hábitos e estilos de vida saudáveis, e, na ausência de uma doença importante, haverá adaptabilidade e reserva funcional suficiente para a maioria das atividades.

As condições reais de envelhecimento estão sendo aprimoradas através de investimentos científicos que oportunizam tratamentos e, até mesmo, cura de doenças incapacitantes e/ou degenerativas, possibilitando uma vida mais independente nas dimensões físicas, cognitivas e sociais.

Caldas (2006), ao falar sobre envelhecimento humano refere que, devido à heterogeneidade, cada indivíduo envelhece de maneira própria, pois se trata de um processo multifatorial. Dessa maneira, está influenciando, diretamente, nas competências particulares de desempenhos de funções e papéis em cada etapa do curso da vida.

O fato de viver mais impõe à sociedade uma preocupação no sentido das condições em que se dará o envelhecimento, podendo os mesmos serem marcados por condições favoráveis de independência e autonomia funcional ou por processos limitantes para as atividades cotidianas, ocorrência de doenças crônicas, dependência e incapacidade.

Acrescenta-se a isso, o pensamento de Salimene (2003, p. 170), a qual aponta que no estudo do curso de vida, nota-se, geralmente, um reducionismo ao âmbito fisiológico e biológico como se fosse possível estudar o corpo, independentemente dos parâmetros culturais e sociais. Desse ponto de vista, a autora quer mostrar que a cultura é a grande mediadora dos hábitos de vida, podendo colocar limites à vida das pessoas e a incapacidade física poderá determinar limites ao processo individual de interação social.

Do ponto de vista cultural, ao indagar-se sobre ‘o que é velhice?’ Almeida, (2003, p.36) refere como é natural colocar na infância alguém com 7 anos, ou situar na juventude quem está com 17 anos e em chamar de adulto um indivíduo com 37 anos. E sobre a idade da velhice, que idade caracteriza o início desta etapa do ciclo de vida? Neste sentido, a autora afirma que, quanto à velhice, além da idade, outras dimensões estariam associadas ao nível de decrepitude física e ao comprometimento das funções

cognitivas. Isto, afirma a autora, leva a pensar a velhice a partir de referenciais ligados a ‘perdas’ ou ‘déficits’. Esta realidade estaria talvez impregnada no imaginário social.

Diversos autores vêm destacando a característica obsoleta em relação à idade no sentido de que, do aspecto biológico, não se constitui-se em marcador eficiente para o início do envelhecimento. Schneider e Irigaray (2008, p. 585) em seu artigo sobre o envelhecimento na atualidade concluem a partir de uma revisão de literatura, que a idade cronológica não é a única forma de mensurar o processo de envelhecimento, sendo este uma interação de fatores complexos que apresentam uma influência variável sobre o indivíduo e que podem contribuir para a variação das intempéries da passagem do tempo. Biologicamente, os eventos ocorrem ao longo de certo período, mas não, necessariamente, o tempo é a causa destes eventos.

Baltes e Smith (2006), citado por Scortegagna (2010, p. 23), ao discutirem alguns dados científicos que sugerem que idosos podem ser membros mais efetivos e produtivos da sociedade do que a atual cultura da velhice permite, trazem como perspectiva a importância do investimento de esforços científicos e políticos em áreas que contribuam para uma melhor cultura da velhice.

Neste sentido, Debert (1999, p. 16), em seu livro *‘A reinvenção da velhice’* busca mostrar os conflitos éticos existentes no processo de ressignificação da velhice e descreve os dilemas vividos pelos três atores (os gerontólogos, as pessoas de mais idade e a mídia) empenhados em promover o envelhecimento bem sucedido. Os gerontólogos que, em princípio, transformaram a velhice em uma questão social são agora agentes privilegiados quanto aos saberes e prática voltados aos interesses dos mais velhos. As pessoas de mais idade veem-se impelidas a processos de mudança, ocupando e redefinindo novos espaços criados para envelhecer. E a mídia, ao mesmo tempo em que promove debates entre diferentes especialidades apropriadas do processo de envelhecimento, também se encarrega de abrir novos campos para as demandas políticas e a formação de novos mercados de consumo. Neste sentido, a autora concebe a velhice como uma nova fase da vida de continuidade para o desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural.

A afirmativa reporta ao entendimento que uma boa política para a velhice exige atenção aos papéis sociais atribuídos aos idosos e à disponibilidade de sistemas de apoio e acesso a cuidados de saúde. Debert (1999, p.13), ao referir sobre as *formas de gestão da velhice*, afirma que o tema velhice foi privilegiado na sociedade contemporânea, principalmente na década de 90, impondo desafios para a compreensão das demandas da velhice. Sugere que o idoso se tornou um ator no conjunto de preocupações com o processo de envelhecimento, principalmente, no que diz respeito a novos mercados de consumo e formas de lazer. Assim, a autora afirma que a gestão da velhice deixa de ser, exclusivamente, da esfera privada e familiar e passa a ser uma questão pública.

Esta questão pública está sendo mais discutida pelas políticas de saúde, que, conforme Pitanga (2006, p 24), a implantação destas e das campanhas para o idoso estão, de modo geral, vinculadas ao ‘Envelhecimento Ativo’. Recomenda-se aos Estados que adotem medidas para assegurar padrões de saúde e bem-estar para pessoas idosas, promovam estilos de vida saudáveis, mediante iniciativas comunitárias e implementem programas de promoção e recuperação da saúde do idoso, além da prevenção de doenças. Neste sentido, à velhice urgem mudanças contínuas em direção à produção de ambientes sociais e culturais mais favoráveis à população idosa e impedir que estes se tornem dependentes em suas atividades da vida diária.

O envelhecimento populacional desafia a sociedade no sentido de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida em 2006, a promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda a ação de saúde. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas.

Este contexto leva à necessidade de a sociedade compreender que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Portanto o envelhecimento dar-se-á de forma diferente para cada indivíduo com seu grau de independência funcional, conforme sua

realidade sociocultural, condições e estilo de vida. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção devem ser incorporadas à atenção à saúde, em todas as idades.

Desse modo, segundo Ramos (2003, p. 2), ao discutir sobre os fatores determinantes do envelhecimento saudável, aponta que a capacidade funcional que surge com um novo componente no modelo de saúde dos idosos, sendo que o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. O mesmo autor afirma que, o desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. (p. 5). Esta realidade impõe o fato de que muitas pessoas poderão necessitar de auxílio para o exercício de suas atividades diárias em algum momento na vivência do processo de envelhecimento.

Sanchez (2010, p. 3), ao referir sobre o envelhecimento normativo e patológico, aponta que se assiste hoje, a um elevado número de pessoas idosas, total ou parcialmente incapacitadas, que, por conta de seus déficits, isolam-se e perdem, completamente, sua capacidade de participação e expressão frente aos problemas do cotidiano. São pessoas que, em face de suas limitações, tornam-se dependentes dos cuidados de terceiros, que, por sua vez, limitam o exercício de sua autonomia. Acreditamos que isto leva a um desafio coletivo dos profissionais, das instituições e de toda a sociedade no sentido de dar respostas a estas demandas do envelhecimento humano.

Não queremos afirmar que, mesmo considerando o envelhecimento heterogêneo, teremos um estado de envelhecimento bem sucedido para a maioria dos idosos. Mas sim, que o envelhecer na cultura contemporânea se torna uma possibilidade quando os idosos possuem oportunidades de participação e desenvolvimento pessoal e social, cuidados apropriados de saúde em atuações preventivas, manutenção da capacidade funcional e autonomia, imperativos estes que demonstram ser significativos para o envelhecimento com qualidade de vida.

Assim, longevidade cada vez maior do ser humano acarreta uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas idosas, mesmo pelas ainda não idosas: o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo o temor de viver em meio à incapacidade e dependência. De fato, o avanço da idade aumenta a chance de ocorrência de doença e prejuízo à funcionalidade física, psíquica e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias. Anos marcados por doenças com sequelas, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenho de papéis sociais, permanecendo ativos e desfrutando do senso de significado pessoal, a qualidade de vida pode ser muito boa. (PASCHOAL, 2002, p. 79).

Em relato sobre sua experiência profissional com idosos dependentes, vivendo em suas residências, Monteiro (2003, p. 143) faz algumas observações acerca da autonomia e afirma que, um corpo sem autonomia é um corpo que nada decide, não possui escolhas sobre onde vai residir, vivendo em lugares contraídos e sem possibilidades. Ao afirmar que a vida é conhecimento puro, que garante a adaptação do corpo, possibilitando ao organismo evoluir, e conseqüentemente, envelhecer, resume que envelhecer é um processo contínuo de mudança do organismo pela passagem da temporalidade. Sendo assim, a experiência vem carregada de possibilidade de transformação. Portanto, se o velho consegue resgatar a autonomia de seu corpo ele poderá estar aberto ao aprendizado existencial que lhe mantém a vida, porque viver é um processo contínuo de aprendizado, sendo o envelhecimento uma consequência desse fenômeno existencial.

Monteiro diferencia a independência física de autonomia, sendo que esta possui um conceito mais amplo, significando a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, uma relação sujeito a sujeito, permitindo respeito pelas capacidades do outro. Para Sanchez (2010), autonomia significa a capacidade para tomar decisões, na possibilidade de autogoverno e de administrar a vida de acordo com valores próprios. A independência física, segundo Monteiro, é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem, (p. 147).

Neste sentido, a literatura mostra que o processo de autonomia está relacionado ao processo de independência na medida em que o idoso possa mover-se de acordo com suas vontades e seus próprios desígnios sem depender da ajuda de terceiros. Perpetuar esta condição positiva no envelhecimento é um desafio concernente à sociedade e ao Estado, que poderá fazê-lo através de políticas públicas mais eficazes.

Outros desafios dizem respeito aos recursos institucionais de toda ordem e aos próprios idosos engajados em movimentos que favoreçam a criação e sustentação de uma imagem cada vez mais positiva da Terceira Idade. Nas palavras de Santos (2010, p. 65), o reconhecimento político e social da capacidade de contribuição dos idosos e a inclusão dos homens e das mulheres mais velhos em papéis de liderança irão amparar esta nova imagem e ajudar a derrubar estereótipos negativos.

Desse modo, a partir da pesquisa realizada com idosos de 75 anos e mais, nosso objetivo dentro do contexto contemporâneo de concepções acerca do envelhecimento humano, foi avaliar a qualidade de vida destes em relação à capacidade funcional nas atividades da vida diária (AVDs) e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs).

Com base em uma revisão de literatura, vemos que as condições de funcionalidade física e cognitiva do idoso podem manter-se em condições adequadas em idades avançadas. Neste sentido, buscamos identificar se a dependência para as atividades da vida diária teve influência na qualidade de vida dos idosos pesquisados. Nas palavras de Monteiro (2003, p. 150), ‘qualidade de vida refere-se ao sujeito e a sua história’. Dessa forma, estar independente para as atividades cotidianas, aliado às possibilidades de autonomia pode contribuir, significativamente, para o processo de envelhecer saudável.

Evidencia-se que o envelhecer na cultura contemporânea está relacionado ao fenômeno da longevidade, à realidade imposta pelo envelhecimento populacional, pelos avanços tecnológicos e científicos. Esta gama de descobertas atua para o controle e cura de condições incapacitantes dos idosos. Desse modo, o envelhecimento contemporâneo

leva à construção do imaginário social sobre a velhice e do próprio velho que vê a velhice no outro, bem como os novos constructos e formas de envelhecer que caracterizam o envelhecer saudável, ativo e participativo e a criação de novos espaços de desenvolvimento para os envelhecidos.

Sedo assim, entendemos que o processo de envelhecer saudável depende de um conjunto de fatores dentro de um contexto multidimensional revestido de uma perspectiva de continuidade de desenvolvimento na fase da vida que chamamos velhice e que será apresentado a seguir.

2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS

O envelhecimento populacional é uma realidade contemporânea, assim ele assume particular importância para diversos setores da sociedade na implementação de ações de saúde e social com o objetivo de proporcionar experiências de envelhecimento mais positivas, ou seja, de modo mais independente, funcional e com menos estigmas. Para tanto, reflete a combinação dos seguintes fenômenos: a redução da natalidade e mortalidade, e o aumento da expectativa de vida na velhice.

Neri (2001, p. 8), refere em seu livro *Desenvolvimento e Envelhecimento*, que a Gerontologia e a Geriatria, associavam a velhice a problema e doença, durante o século XX. Esta perspectiva mudou a partir de experiências de envelhecimento em vários países, considerando possibilidades de uma boa e saudável velhice, atribuída, principalmente, a fatores hereditários e pessoais, gerando um otimismo exagerado sob a ideia de que o desenvolvimento seria um processo permanente com possibilidades ilimitadas de mudanças positivas com o passar da idade. Contudo, após diversas investigações na área da biologia, da medicina, das ciências comportamentais e sociais, concluiu-se que o desenvolvimento é um processo finito, desenvolvimento e envelhecimento são processos concorrentes e ambos são afetados por uma complexa combinação de variáveis, operando ao longo da vida. Estas conclusões deram origem a

um melhor redimensionamento desse fenômeno, de seus limites e potencialidades e de sua determinação genético-biológica, psicológica, social e cultural.

Assim, o envelhecimento caracteriza-se por um processo que acompanha toda a vida humana e seus efeitos acentuam-se na etapa, comumente chamada de velhice, na qual os declínios físicos e cognitivos tornam-se mais visíveis.

Ao mesmo tempo, foi e continua sendo possível discutir sobre a extensão da vida (Life Span), termo abordado pela autora Neri (2001), como paradigma mais influente da psicologia do envelhecimento contemporâneo, referindo-se ao desenvolvimento que acontece durante o curso e extensão da vida, refletindo o potencial máximo de duração da vida de uma espécie.

Life Span também se relaciona com o conceito de extensão média de vida dos indivíduos, equivalente ao conceito de expectativa de vida, ou seja, duração média de vida esperada após o nascimento. Apoiada em Baltes (1997), a autora refere proposições em que o desenvolvimento envolve equilíbrio constante entre potencialidades e limites para o funcionamento e a proporcionalidade entre eles sofre alterações ao longo do curso de vida: na infância preponderam alterações que podem ser determinadas como ganhos e na velhice como perdas evolutivas. Bem como que o desenvolvimento é um processo finito, limitado por influências genético-biológicas que determinam que na velhice avançada o indivíduo seja cada vez mais dependente dos recursos do ambiente e, ao mesmo tempo, cada vez menos responsivo às suas influências.

O desenvolvimento e envelhecimento, segundo a perspectiva do curso de vida, é abordado por Neri (1995) e esta concepção propõe que, para os seres humanos, o envelhecimento compreende processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual. Iniciando-se em diferentes épocas e para as diferentes partes e funções do organismo, e ocorrendo em ritmo e velocidade diferentes para o mesmo ou diferentes indivíduos, esses processos implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Esta é acompanhada por alterações regulares na aparência, no comportamento, na experiência e nos papéis sociais. (BERREM e BENGSTON, 1988).

A autora Neri afirma que a noção de *curso de vida* se refere às maneiras como a sociedade atribui significados sociais e pessoais à passagem do tempo biográfico, permitindo a construção social de personalidades e trajetórias de vida com base numa sequência de transições demarcadas, socialmente, e diferenciadas por idade. A noção de *Life Span* tem uma conotação de extensão ou abrangência, quer da vida em toda sua duração, quer de algum período particular.

Esta orientação deve considerar a influência de três classes sobre o desenvolvimento, sendo elas:

- *Normativa, ligadas à graduação por idade* – determinantes biológicos e ambientais correlacionados com a idade cronológica, como exemplo a maturação biológica e a socialização que permitem a aquisição de papéis e competências sociais associados à idade.
- *Normativas, ligadas à graduação por história* – são influências que tendem a ser experimentadas de modo uniforme por todo um grupo ou coorte em virtude de fatores do contexto que atingem a todos. Exemplo disso são as guerras, crises econômicas, movimentos migratórios, entre outros.
- *Não normativas* – são aquelas de caráter biológico ou ambiental e que não têm caráter universal. Podem ser exemplificadas como a perda de emprego, divórcio, ganhar na loteria, adoecer, repentinamente, perde um filho, entre outras.

A extensão da vida guarda relação com os aspectos de qualidade de vida na medida em que se está oportunizando melhores condições de saúde e sociais, refletindo na extensão média de vida e na manutenção da vida longa. Isto pode ser percebido, atualmente, na mudança que ocorreu na pirâmide populacional no Brasil, pois, estenderam-se as faixas etárias de 75 anos e mais, sendo cada vez mais expressivo o número de pessoas idosas no quadro demográfico brasileiro. Neste contexto, também se torna significativa a afirmação da OMS de que a população mais velha, ou seja, acima de 80 anos, está crescendo rapidamente. Este segmento representava, em 2002, um por cento da população mundial.

Para Schneider e Irigary (2008, p. 587), a velhice é uma experiência individual que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, em consonância com a história de vida da pessoa e da representação de velhice que está enraizada na sociedade em que vive. Assim, os mesmos autores afirmam que determinar o início da velhice é uma tarefa complexa porque é difícil a generalização em relação à velhice, e há distinções significativas entre diferentes tipos de idosos e velhices. A idade é um fato predeterminado, mas o tratamento dado aos anos depende das características da pessoa. Para Neri (2001, p. 23), a idade cronológica é vista como variável importante como indicadora dos eventos de desenvolvimento, que são, usualmente, registrados no tempo, contudo, não é o único critério usado pela sociedade para organizar o curso de vida.

Sobre a idade biológica Schneider e Irigary afirmam que ela é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento. Sobre a idade social a definem como sendo a obtenção de hábitos e *status* social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Esta corresponde, assim, aos comportamentos atribuídos aos papéis etários que a sociedade determina para os seus membros. Nesse sentido, a cultura tem um importante papel nesse aspecto, pois define como uma sociedade vê os idosos e o processo de envelhecimento. (ibidem, p. 590).

A idade psicológica é definida por Neri (2001, p. 65), sendo a maneira como cada indivíduo avalia em si mesmo a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento, em comparação com outras pessoas de sua idade. Assim, o senso de idade psicológica mantém estreita relação com as mudanças em perspectiva temporal que afeta os mais velhos quando a tendência é pensar suas vidas em termos de anos que ainda têm para viver em vez de em termos dos anos vividos.

Dessa forma, Schneider e Irigary (2008, p. 592), afirmam que o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de

variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo. Assim, o envelhecimento humano, cada vez mais, é entendido como um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros.

Partindo da premissa de que o envelhecimento possa ocorrer com possibilidades de desenvolvimento e manutenção de boas e adequadas condições de funcionalidade física e cognitiva, torna-se importante salientar o aspecto da maturidade, que, segundo Gusmão (2001, p. 114), diz respeito a experiências vividas pelos sujeitos sociais ao longo de suas vidas, que resultam em qualidades conquistadas por suas trajetórias pessoais e coletivas. Supõe-se que dessas experiências decorra o equilíbrio entre o corpo físico na idade madura, quando ocorrem perdas que não podem ser negadas, e que resulta de um longo processo de aprendizagem que acompanha as diferentes histórias de vida por eles constituídas, construídas e em construção permanente.

Assim, denota-se que desvendar as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida no plano individual, familiar e social são preocupações constantes do ser humano. Este aspecto é bem demarcado na literatura gerontológica que expressa uma crescente compreensão sobre o termo velhice bem sucedida.

A base do conceito de envelhecimento é a de uma velhice com manutenção das situações habituais de adaptação do indivíduo, relativizada com um bem-estar sociocultural. Assim, velhice bem sucedida assume uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no contexto em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário. Relaciona-se, também, com a preservação do potencial individual para o desenvolvimento, respeitados os limites da plasticidade de cada um.

Algumas proposições teóricas sobre velhice bem sucedida numa perspectiva de curso de vida são trazidas por Neri (1995, p. 35), pontuando que:

-
- Existem diferenças substanciais entre velhice *normal* (ausência de patologias biológicas e psicológicas), *ótima* (referenciada a algum critério ideal de bem estar pessoal e social), e *patológica*, (presença de síndromes típicas da velhice e ou de doenças crônicas).
 - O envelhecimento é uma experiência heterogênea, depende de como cada indivíduo organiza seu curso de vida a partir de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o envelhecimento normal e da interação entre fatores genéticos e ambientais.
 - Na velhice fica resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual.
 - Os prejuízos do envelhecimento podem ser minimizados pela ativação das capacidades de reserva para o desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual.
 - As perdas na mecânica do funcionamento intelectual podem ser compensadas por ganhos na pragmática; (Pragmática cognitiva - inteligência cristalizada - é de base educacional e experiencial, permanecendo preservada durante a maior parte da vida adulta).
 - Com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo.
 - Os mecanismos de autorregulação da personalidade mantêm-se intactos na idade avançada.

Mesmo considerando tais proposições, não se pode ter a ideia única de que o envelhecer bem só depende do indivíduo, mantendo-se ativo, engajado e útil. Assim, não pode ser adequada a concepção segundo a qual envelhecer bem, dando conta de dificuldades e incapacidades é uma responsabilidade individual, quando na verdade esta deve ser compartilhada com a sociedade, principalmente mediante atuação das políticas públicas. Dessa forma, apesar das perdas concernentes a esta fase da vida, qualquer pessoa pode ter uma velhice satisfatória.

Os argumentos de Neri (1995, p. 38), também apontam que um envelhecimento bem sucedido não é mero atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas

resulta da qualidade da interação entre indivíduos em mudança. Acrescenta que, depende da história individual, do contexto histórico-cultural e de fatores genético-biológicos.

Desse modo, o envelhecimento bem sucedido concretiza-se a partir de um conjunto de elementos que dizem respeito à promoção de uma boa saúde física e à educação ao longo do curso de vida. Remete, também, à adoção de providências para potencializar o desenvolvimento e adaptações sociais necessárias a uma melhor qualidade de vida, bem como o estímulo à flexibilidade individual e social as questões relativas à velhice, tais como crenças e valores que irão determinar as consequências sobre o bem-estar do idoso.

O envelhecimento bem-sucedido é influenciado pelas oportunidades educacionais e sociais, pela saúde física e mental e pelo estilo de vida, variáveis que exercem papel importante na determinação e no ritmo do envelhecimento. As capacidades intelectuais básicas podem manter-se desde que as condições biológicas e intelectuais permaneçam. As especialidades cognitivas do domínio profissional, da vida diária e da sabedoria em relação às questões existenciais crescem. A personalidade conserva sua estrutura e seus mecanismos de autorregulação na velhice são mantidos desde que a integridade do organismo e a interação social estejam presentes. Um envelhecimento saudável do ponto de vista biológico, psicológico e social inclui as experiências e as influências histórico-sociais ocorridas ao longo da vida. (Neri, 2001).

Conforme a literatura, o termo Velhice Bem-sucedida começa a ser discutido a partir da década de 1960, com a gerontologia que reconhece que a velhice e o envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade e contração do desenvolvimento, passando a investigar os aspectos positivos da velhice, admitindo a ocorrência da heterogeneidade, da multidimensionalidade e da multicausalidade associadas a este processo. Para tanto, foi imprescindível o reconhecimento de que este conceito não possui uma única definição, tampouco se caracteriza como fenômeno, exclusivamente, biológico, pois ele é, também, construído socialmente.

Neri (2001, p. 134) pontua os principais conceitos associados ao termo Velhice Bem-sucedida, a saber: baixo risco de doenças e de incapacidades relacionadas a doenças; funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida.

A OMS ao falar sobre os fatores comportamentais determinantes do envelhecimento ativo afirma que a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos, sabiamente, podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo. Dessa forma torna-se significativo conhecer as condições de funcionalidade de uma população de idosos de 75 anos e mais em que se comprova que os mesmos ainda mantêm boa capacidade funcional e independência para as AVDs e AIVDs, conforme observamos na avaliação através da escala de Katz e Lawton.

Acreditamos que a concretização destes conceitos na vida do idoso de hoje deve considerar esforços individuais e coletivos. Individuais no sentido que contemplem cuidados efetivos ao nível preventivo e escolha de um estilo de vida que promova a sua saúde ao invés da doença, e coletivo no sentido de um conjunto de esforços no que se refere à promoção de oportunidades de desenvolvimento ativo através de políticas públicas e/ou recursos comunitários. Aliadas a isso, as políticas públicas, especialmente a de saúde, têm papel fundamental em medidas preventivas que encorajam os indivíduos de meia idade a utilizar os recursos individuais para que o seu desenvolvimento sadio tenha continuidade no envelhecimento.

Uma outra percepção relacionada à Velhice Bem-sucedida é apresentada por Freire (2002), em que o Envelhecimento Bem-Sucedido se caracteriza como sendo uma competência adaptativa para responder com flexibilidade aos desafios. Esta capacidade envolve várias dimensões: emocional (capacidade para lidar com os acontecimentos da vida estressantes – saúde, funcionamento físico e problemas pessoais); cognitiva (capacidade de resolver problemas) e comportamental (desempenho e competência

social). (apud. Santos, 2008, p. 7). Esta posição se aproxima bastante da realidade vivenciada pelos envelhecetes uma vez que, embora se tenha êxito nos cuidados individuais e coletivos, o processo de envelhecimento acarretará, inevitavelmente, algum tipo de dano ao organismo, com os quais o idoso terá que aprender a conviver.

Em termos de condições cognitivas, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que caracteriza a senescência. Esta, em condições normais, permite que o idoso permaneça sem problema no curso de seu desenvolvimento. No entanto, em condições de sobrecarga, como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, caracterizando a senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados se o idoso optar por um estilo de vida mais ativo.

Dessa forma, a evolução do envelhecimento biológico pode variar, associando-se ao surgimento de incapacidades, de doenças crônicas e essencialmente a demência senil, acarretando consequências para a vida funcional. Para Neri (2001, p. 43), biologicamente, o envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo que ocorrem após a maturação sexual e que implicam a diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência. Como processo de mudanças, traduz-se, também, em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

Segundo Martins (1999), o conceito de envelhecimento envolve a deteriorização endógena e irreversível da estrutura de funcionalidade de vários órgãos e tecidos, sendo, igualmente, reconhecida a contribuição de fatores extrínsecos para o envelhecimento e para o modo como se envelhece. Assim, Teixeira (2006) afirma que é

preciso considerar que este é um fenômeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e a sua própria história. (apud. SANTOS, 2008, p. 5 - 6).

Com o aumento da idade, além de todas as transformações observadas, o tempo gasto com atividades físicas, também vai sendo reduzido, o que pode causar dores e desconforto físico, redução da mobilidade e, até mesmo, a dependência física, influenciando, negativamente, na qualidade de vida e tirando, muitas vezes, das pessoas idosas, o que lhes restou de autonomia e independência. (CONTE e LOPES, 2005, p. 63).

Assim, a partir da literatura existente e, conforme demonstrado em inúmeras pesquisas, é possível concluir que o envelhecimento traz determinadas implicações na funcionalidade, na autonomia, na mobilidade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da pessoa idosa. Da mesma forma, a qualidade de vida encontra-se, também associada à ausência de doença, ao suporte social e o bom funcionamento cognitivo e físico de que o idoso dispõe. A qualidade de vida é relevante, uma vez que viver não se restringe, a apenas uma forma de subsistência, mas sim, a uma forma de promoção da saúde integral e de conquista de direitos sociais.

A maior quantidade e melhor qualidade de serviços disponíveis aos idosos em diferentes áreas contribuem para a qualidade de vida e boa saúde destes. A qualidade de vida guarda relação com o estilo de vida adotado, porém, não deve ser julgada somente por este aspecto e sim, também pelas condições e modo de vida de que dispõem. Quanto mais oportunidades de acesso e cuidados de que necessitam, menos probabilidade de se tornarem dependentes dos cuidados de terceiros.

Rocha et al. (2002) salientam que, o conceito de qualidade de vida varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto social, experiências prévias e outros fatores pessoais. Os idosos estão, deste modo, sujeitos às condições próprias do processo de envelhecimento que resultam numa diminuição da qualidade de vida, como, por exemplo, limitações físicas que levam ao aumento da dependência na satisfação das necessidades fundamentais, o afastamento do seu meio habitacional (quando os idosos

são institucionalizados, implicando a adaptação a esse novo espaço para eles completamente desconhecido), e a solidão a que são sujeitos, quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela própria sociedade que os afasta. (apud. SANTOS 2008, p. 2).

De acordo com Santos (2008, p. 21), o termo bem-estar surge relacionado com o conceito de qualidade de vida, no entanto de acordo com a literatura, o bem estar está associado ao estado de saúde e tem uma forte conotação física, enquanto que a qualidade de vida está associada a uma vertente mais subjetiva, tendo em conta a opinião que cada indivíduo tem em relação a satisfação com a sua vida.

Dessa forma, avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica, social e estrutural. É possível apontar vários elementos que determinam o bem-estar na terceira idade, tais como: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, competência social, produtividade, atividade, status social, suporte econômico, continuidade de papéis familiares e ocupacionais.

Com o aumento da qualidade de vida durante o envelhecimento, reduz-se o número de anos em que se manifestam as limitações orgânicas. Desse modo, Moragas (1997, p. 50) afirma que, com isso, começa a se comprovar que a aptidão orgânica está estritamente, ligada a fatores psicossociais de motivação, estilo de vida, interesses, ocupações, capacidade de decisão, e que estes fatores afetam, diretamente, variáveis biológicas, como a produção de linfócitos, secreções hormonais e neurotransmissores responsáveis diretos pelo bem-estar fisiológico da pessoa.

Schneider e Irigary (2008, p. 592) salientam que a sociedade atual convive com diferentes tempos: o tempo do indivíduo e o tempo social. A visão do envelhecimento como sinônimo de doença e perdas evoluiria para a concepção de que esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. As experiências e os saberes acumulados ao longo da vida seriam vistos como ganhos que podem ser otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. Dentro desta perspectiva, a

velhice passaria a ser considerada uma fase boa da vida, não rotulada apenas pelas perdas, mas também, reconhecida pelos ganhos e pela administração das transformações, cabendo ao idoso potencializar os próprios recursos e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade.

Para que o idoso desfrute do senso de satisfação e continuidade de desenvolvimento na velhice, é relevante assinalar alguns conceitos que se associam com a noção de bem-estar e condições de realização daquilo que deseja, sendo eles, autonomia, independência e dependência.

A autonomia tem como premissa o exercício do autogoverno para administrar a vida de acordo com seus valores próprios. Neri (2001, p. 10) assinala que este inclui outros elementos, tais como liberdade individual, privacidade, livre escolha, autorregulação e independência moral.

A independência tem como aspecto central a capacidade funcional que significa poder sobreviver sem ajuda para as atividades instrumentais da vida diária e de autocuidado. A autora assinala que a independência não é condição necessária para a autonomia, embora esteja frequentemente presente em pessoas capazes de decidir por si.

A dependência é definida pela literatura gerontológica como a incapacidade de a pessoa funcionar, satisfatoriamente, sem ajuda, por ocasião de limitações físico-funcionais e/ou cognitivas. A dependência pode estar relacionada a um ou mais dos seguintes elementos assinalados por Neri (2001): incapacidade funcional devido a doenças; quedas, acidentes e exposição a eventos estressantes; efeitos de perdas e situações de vulnerabilidade; barreiras arquitetônicas; desemprego e ambientes superprotetores.

Dessa forma, pode-se concluir que a dependência, independência e autonomia são condições que não se excluem umas as outras e que, muitas vezes, entrelaçam-se. São condições presentes em todo o ciclo vital, embora com diferentes formas de manifestação pelos indivíduos e pela sociedade.

Segundo Pereira et al. (2006, p. 1198), a independência funcional refere-se à capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa motora com os próprios meios. Está ligada a mobilidade e a funcionalidade, permitindo, dessa forma, que o indivíduo viva sem requerer ajuda para execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária. O ato motor não depende apenas da integridade de sistemas orgânicos como músculo - esqueléticos, cardiovascular, respiratório, nervoso central e periférico. Ele está relacionado com a capacidade funcional do indivíduo, que, por sua vez sofre influência da visão, de respostas automáticas, da escolaridade e dos componentes da função cognitiva, tais como atenção, aprendizado, resolução de problemas, fluência verbal e não verbal.

Diante deste entendimento, pode-se avaliar a importância da saúde funcional do idoso, pois, esta tem sido associada à qualidade de vida, às possibilidades de convívio e integração social, à condição intelectual e ao estado emocional que leva o indivíduo a ter atitudes positivas perante o mundo. Assim, a capacidade funcional poderá influenciar, determinantemente, até que ponto as pessoas podem viver de forma independente na família e na comunidade. Poderá influenciar na sua capacidade de mobilizar-se para estar em eventos, de construir novas relações sociais, de utilizar os serviços e equipamentos sociais e de enriquecer suas vidas e daqueles que vivem próximos.

Uma crescente atenção dos setores econômicos, políticos e sociais, pelas condições de capacidade funcional dos idosos justifica-se na medida em que as condições opostas, ou seja, a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crônicas e das dificuldades para manter a autonomia durante a velhice, o que tem fortes ligações com a qualidade de vida. Esse declínio pode tornar o idoso dependente das pessoas mais próximas, requerendo algum tipo de assistência para as AVDs e AIVDs.

Neste contexto ainda há outro fato importante a ser considerado, de que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (RAMOS, 2002, p.76). Assim, o cuidado da saúde dos envelhecidos remete às ações de cuidado preventivo que contem com recursos financeiros, físicos e humanos suficientes.

Tais cuidados devem ser levados em conta por todos, em todas as fases do desenvolvimento para que desfrute de uma velhice sem dores e incapacidades.

Embora muitos idosos venham mantendo boas condições de capacidade funcional em idades avançadas, a prevalência da incapacidade funcional é preocupante. Esta é definida por Rosa, et al. (2003, p. 47), pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Dessa forma, afeta a qualidade de vida, também em outro aspecto fundamental: o trabalho até idades mais avançadas.

Muitas vezes, pessoas idosas tendem a deixar de executar atividades prazerosas ou das quais depende sua sobrevivência porque já não mantêm a capacidade funcional adequada e suficiente para tal, ocasionando o sedentarismo.

Segundo Nobrega et al., (1999, p. 207), o sedentarismo, a incapacidade e a dependência são as maiores adversidades da saúde associadas ao envelhecimento. As principais causas de incapacidade são as doenças crônicas, incluindo as sequelas dos acidentes vasculares encefálicos, as fraturas, as doenças reumáticas e as doenças cardiovasculares entre outras.

Como vimos, esta situação afeta, principalmente, os condicionantes da saúde, porém, não somente estes, a vida como um todo, em suas dimensões psicológica, emocional, ocupacional, familiar e social são afetadas pelos aspectos que possibilitam ao idoso viver e envelhecer, plenamente, em um contexto de realizações.

Moragas (1997, p. 19) assinala que a concepção de velhice, como etapa vital, baseia-se no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa que entra numa etapa diferente das vividas previamente. Esta etapa possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores. Possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando, especialmente nos últimos anos de vida. Por outro lado, tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social que podem compensar eventuais perdas desta etapa da vida.

Assim podemos dizer que a velhice constitui uma etapa a mais da experiência humana dotada de aptidão funcional e, portanto, deve ser uma fase positiva do desenvolvimento individual e social.

Ao mesmo tempo, não se pode deixar de considerar que a velhice humana provoca reduções na capacidade funcional devidas ao transcurso do tempo. Isto é o que podemos chamar de envelhecimento normativo. Contudo, essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena, nas dimensões física, bem como psíquico e social.

Com o passar dos anos há decadência da capacidade funcional da estrutura física da pessoa, diminuição da velocidade de reação e em sua capacidade de enfrentar estímulos externos. No entanto, esta redução geral dos ritmos orgânicos não supõe inaptidão para a maioria das funções da maturidade, demonstrando que o idoso poderá manter boas condições de funcionalidade para as atividades da vida diária em idade avançada.

A velhice, como qualquer idade, possui sua própria funcionalidade. Porém, existem barreiras à funcionalidade dos idosos que são, com frequência, fruto das deformações e dos mitos sobre a velhice, mais do que reflexo de deficiências reais. Para que o idoso seja visto como sujeito repleto de potencialidades, também será necessário vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura para que os velhos sigam seu curso de vida e desenvolvimento.

3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E DA POPULAÇÃO DE PESQUISA

Neste capítulo nosso objetivo é demonstrar como procedemos o estudo em questão, a partir do rigor científico e metodológico exigido pelo Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, da Universidade de Passo Fundo. Frente a isso, apresentamos o perfil da população estudada, discutindo as variáveis identificadas através do instrumento Questionário Sociodemográfico.

O estudo buscou evidenciar as características de uma população de 75 anos e mais, por considerar a idade um dos aspectos presentes nas investigações sobre o envelhecimento humano, possuindo estreita relação com a longevidade.

O conhecimento das características sociodemográficas revela a necessidade de incentivar a escolaridade em etapas anteriores à velhice, sendo um fator que contribui para os seu autocuidado e bem-estar.

Evidencia o fato de que a velhice feminina ganha proporções significativas nas sociedades atuais, influenciando as situações de estado civil e composição familiar. Caracteriza a longevidade da mulher, bem como a manutenção de sua capacidade funcional pela possibilidade de exercer atividades produtivas em idade de 75 anos e mais.

A longevidade suscita preocupação com a convivência intergeracional no contexto familiar. Muitos idosos têm sido responsáveis pelo sustendo econômico da família. Outro aspecto é em relação à estrutura das residências, estas devem ser adequadas para a presença de pessoas idosas.

Enfim, demonstra a necessidade de maior atenção à saúde do idoso quanto à presença de doenças crônicas, em especial na mulher. Esta tendência é preocupante, pois, segundo pesquisas, as doenças crônicas estão, diretamente, relacionadas à incapacidade funcional, afetando, significativamente a qualidade de vida do idoso.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Nosso estudo versa sobre o envelhecimento humano, enfatizando a capacidade funcional do idoso no que diz respeito à capacidade de realização das Atividades da Vida Diária (AIVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), como fator de qualidade de vida para este segmento.

Nosso objetivo geral, inicialmente, buscou verificar a associação entre os aspectos cognitivos e a necessidade de auxílio para a realização da AVDs e AIVDs em idosos na faixa etária de 75 anos e mais, avaliando a qualidade de vida e o grau de dependência destes. Contudo, entendemos que as opções de análises se dariam de forma, extremamente ampla e complexa, portanto, não sendo possível fazê-la de todo, devido aos prazos do programa ao qual este estudo está vinculado. Neste sentido, optamos por avaliar a qualidade de vida dos idosos de 75 anos e mais, em relação às AVDs e AIVDs, através da escala de Katz e Lawton. Quanto aos demais instrumentos aplicados no momento da coleta de dados, que foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e o Questionário de PFEFFER, optamos por somente descrevê-los, podendo os mesmos ser analisados em momento posterior.

Dessa forma, nossa análise se deteve em buscarmos descrever os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as condições de funcionalidade da população estudada através da aplicação da escala de Katz et al. (1963), para AVDs e escala de Lawton (1969), para AIVDs.
- Avaliar a influência da dependência na qualidade de vida do idoso em relação às AVDs e AIVDs.

3.1.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Quanto ao tipo de estudo, este se classifica como sendo um estudo de base populacional, transversal, descritivo e analítico. O propósito foi conhecer as condições de capacidade funcional dos idosos em relação às variáveis AVDs e AIVDs, em idosos residentes em uma comunidade, analisando, estatisticamente, os resultados.

Nossa população caracterizou-se em princípio por cento e noventa e sete (197) idosos, com 75 anos e mais. A coleta de dados teve a colaboração de treze (13) Agentes Comunitários de Saúde e foi realizada nos meses de abril, maio, junho e julho/2011, através de visita domiciliar. Foram excluídos da pesquisa os idosos incapazes de responder aos instrumentos devido a grave diminuição cognitiva e idosos que não quiseram responder à pesquisa, correspondendo a cento e setenta (170) idosos que responderam aos instrumentos. Destes, foram extraídos da pesquisa onze (11) idosos que não haviam respondido a todos dos itens dos instrumentos e que, portanto, não puderam ser computados. Dessa forma, a população de estudo correspondeu a um total de cento e cinquenta e nove (159) idosos que demonstraram ter condições de responder aos instrumentos de pesquisa na íntegra.

Cada um dos idosos pesquisados respondeu aos seguintes instrumentos: Teste Cognitivo Mini Exame do Estado Mental de Folstein & Folstein (1975), escala de Katz (1983), escala de Lawton et al., (1969), Questionário de PFEFFER (QPAF), Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL OLD (Fleck, 1999, versão em português) e questionário semiestruturado com informações demográficas e socioeconômicas.

Respectivamente, os instrumentos permitem obter informações sobre parâmetros cognitivos e avaliar funções cognitivas específicas, tais como orientação temporal e espacial, registro de palavras, atenção, cálculo, recordação, linguagem e capacidade construtiva; avaliar a capacidade para realização das Atividades da Vida Diária – AVDs; avaliar a capacidade de realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVDs; verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da

avaliação da funcionalidade e conseqüentemente da assistência requerida, obtendo-se as informações referidas pelo cuidador; avaliar a percepção de qualidade de vida e obter dados sobre o perfil sociodemográfico.

Durante o processo metodológico foram garantidos os pressupostos éticos, sendo solicitada autorização à instituição envolvida na pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE dos participantes. A pesquisa seguiu as normas de realização de pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo – RS, em 10/03/2011, sob o Parecer nº077/2011.

Para o tratamento estatístico e obtenção dos principais resultados utilizamos o a estatística descritiva através da análise da média, teste ‘T’ e desvio padrão, bem como a ANOVA para a análise da variância, com um nível de significância de $p = 0,05$.

A seguir, será apresentado este perfil da população pesquisada com o objetivo de demonstrar as características sociodemográficas desta população.

3.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMGRAFICA DE UMA POPULAÇÃO DE 75 ANOS E MAIS

A obtenção das informações sobre os dados sociodemográficos foram possíveis através da aplicação de um questionário contendo as seguintes informações: idade, escolaridade, sexo, raça/cor, etnia, religião, estado civil, ocupação, com quem mora, situação de renda, condições de moradia, doenças crônicas, uso de medicamentos, uso de substâncias químicas, se possui dores no corpo, uso de prótese, aferição de sua condição de capacidade funcional para AVDs e AIVDs, aferição das condições de saúde, se costuma visitar amigos e parentes e se participa de grupos de terceira idade.

No estudo sobre o envelhecimento humano é importante conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população que está crescendo consideravelmente. Segundo Mendes, et al. (2005, p. 423), o envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado, a princípio, nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, a grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental tanto em residências como no trabalho, assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Todos esses fatores começaram a ocorrer no final da década de 40 e início dos anos 50.

Nos países menos desenvolvidos como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciada pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, uso de antibióticos, quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Aliada a estes fatores, a queda de fecundidade, iniciada na década de 60, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica. No Brasil, estima-se que, nos próximos 20 anos, a população de idosos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente, 13% da população. (ibidem)

O estudo demonstrou que os idosos pesquisados apresentaram idade entre 75 e 92 anos. A média de idade foi de 80,83. A maior concentração de idade ocorreu na faixa etária entre 75 e 79 anos, correspondendo a 47,8%. Assim como as mulheres demonstraram ser a maioria (65%), elas também apresentam mais idade em todas as faixas etárias analisadas, sendo significativo o número de idosas entre 80 e 84 anos, que foi de 35, contra 14 do sexo masculino.

No Censo 2000, o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total). Hoje, o Brasil tem 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira. As pessoas com mais de 100 anos representam atualmente 0,01%, somando 17.615, de acordo com o Censo 2010. O último censo traz a Bahia como o Estado com mais centenários (3.525), seguido por São Paulo (3.143) e Minas Gerais (2.597). Já o Estado com menor número de centenários é Roraima, que

tem apenas 21 pessoas. As mulheres representam o maior número de centenários, em relação aos homens. (fonte – portaldoenvelhecimento.org.br acesso em 07/09/2011).

O envelhecimento da população brasileira é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à redução da taxa de natalidade, e é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. Verifica-se a preocupação dos órgãos governamentais responsáveis pelas políticas públicas quanto aos desafios estruturais, bem como urbanísticos, que estas mudanças impõem.

Araujo (2011, p. 870) salienta significativas transformações na melhoria da saúde pública, que inclui educação para a saúde. Ao acrescentar os mais recentes avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa levou ao aumento da longevidade e redução da taxa de mortalidade. Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se o declínio da fecundidade que acentua o processo de envelhecimento.

Assim, evidenciamos que os idosos pesquisados fazem parte das estatísticas da população que envelhece no Brasil, correspondendo a faixas etárias mais avançadas.

A escolaridade entre os idosos pesquisados foi classificada em não alfabetizado (idoso que não teve acesso ao estudo) e alfabetizado. O idoso alfabetizado compreendeu o estudo até 4ª série e ensino fundamental. A pesquisa demonstrou que 35 idosos não alfabetizados corresponderam a 22% e os demais classificados como alfabetizados corresponderam a 124 idosos, apontando que 78% tiveram acesso a até quatro anos de estudo em idades anteriores, e, apenas dois tiveram estudo ao nível de ensino fundamental. Estes dados revelam a baixa escolaridade dos idosos pesquisados. É importante considerar que, quanto mais velhas as coortes, maior a proporção de pessoas que não tiveram acesso ao estudo, sendo também um reflexo das condições sociais do período do século XX. Estes dados são significativos, pois refletem as condições sociais apresentadas no início do século passado, demonstrando que o acesso à educação era restrito. A possibilidade educacional na época era muito baixa, e as pessoas precisavam trabalhar auxiliando no sustento da família. Ao mesmo tempo, sabemos que o nível de

escolaridade influencia sobremaneira no acesso à informação, sendo, também, decisivo no autocuidado, pois o idoso deve ser capaz de cuidar de si mesmo, e saber ler é fator contributivo.

A baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais e a defesa dos próprios direitos, e se constitui num dos principais fatores de exclusão social. Segundo Heredia (2002, p. 5), a pouca escolaridade dos idosos pode ser um fator que intensifica as desigualdades e dificuldades para acompanhar as transformações do mundo contemporâneo, não esquecendo a importância do saber informal, presente entre os idosos, especialmente a cultura oral, transmitida de geração para geração.

As tendências atuais em relação à alfabetização de idosos sugerem projetos educacionais não mais voltados para a preparação para o ingresso na vida profissional e ao mercado de trabalho como ocorre para crianças e jovens. Eles se centram prioritariamente, em resgatar a cidadania através da criação de oportunidades educacionais para idosos em condições de exclusão.

Preocupa o fato de que idosos em situações de exclusão social e econômica, aliado as condições de analfabetismo, possivelmente deixarão de ser candidatos a inserção em novos espaços de sociabilidade entre idosos para a continuidade do desenvolvimento no curso da vida. Apenas uma pequena parcela acessará as Universidades para a Terceira Idade e/ou outros programas educacionais. Acrescenta-se a isso a evolução das tecnologias que vêm trazendo grande impacto na vida da pessoa idosa, conotando aspectos positivos, tais como facilidades em contatar amigos e familiares, aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades. De outro lado, os aspectos negativos traduzem-se como um sentimento de incapacidade, medo e estranheza diante das inovações.

Resta a esperança nas palavras de Siqueira (2007), citado por Godoi (2010, p. 6), ‘esperemos que se cumpra a previsão dos visionários, segundo os quais os idosos do século XXI viverão mais, terão maior rendimento, mais saúde, mais instrução, melhores condições habitacionais, serão profissional e civicamente mais ativos, mais conscientes dos seus direitos e estarão mais disponíveis para usufruir da cultura e do lazer. Se assim

for, em uma sociedade que se pretende de todas as idades, o lugar dos idosos será reinventado e sua identidade social ‘recategorizada’.

Quanto ao gênero, sobressaiu-se o sexo feminino, correspondendo a 65%, ou seja, 104 são do gênero feminino, sugerindo que, na faixa etária de 75 anos e mais, há prevalência de mulheres idosas.

Salgado (2002, p. 7) destaca que a maior proporção de mulheres do que de homens em idade avançada é resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida. Assim, os problemas e mudanças que acompanham essa etapa de vida são, predominantemente, femininos, podendo se afirmar que a velhice se feminilizou.

A presença de um grande número de mulheres em idade avançada é, em muitas sociedades, um fenômeno demográfico recente. A maior expectativa de vida das mulheres e a tendência destas em se casar com homens mais velhos, trouxe como consequência que, nas famílias, a maioria das pessoas de idade avançada sejam do sexo feminino.

A população brasileira com 65 anos de idade ou mais que era de 4,8%, em 1991, passou para 5,9%, em 2000 e chegou a 7,4%, em 2010. Segundo o Censo 2010, a distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, indica que a população idosa na faixa etária de 75 anos e mais compreende 3%. Destes, 1,7% são do sexo feminino, demonstrando a superioridade em números da população feminina nesta faixa etária. Em números esta alcança os 3.275,393, enquanto os homens somam 2.223,640, diferenciando em 1.051,754. A maior diferença encontra-se na faixa etária dos 75 a 79 anos, sendo 6% para homens e 8% para mulheres. Na comparação entre os sexos é expressivo o número de mulheres centenárias que é de 16.989 contra 7.247 do sexo masculino. (CENSO 2010). Em comparação ao CENSO 2000 a população feminina na faixa etária analisada em nossa pesquisa cresceu consideravelmente.

As mulheres vivem mais, conseqüentemente são elas que apresentam maiores problemas de saúde como o surgimento de doenças crônico-degenerativas e dependência para as Atividades da Vida Diária. No Brasil, como na grande maioria dos

países, o aumento na expectativa de vida ao nascer tem sido mais significativo no sexo feminino. Isto se deve a vários fatores, principalmente pela proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, mas também pelas mulheres apresentarem: condutas menos agressivas; menor exposição aos riscos no trabalho; maior atenção ao aparecimento de problemas de saúde; melhor conhecimento destes; maior utilização dos serviços de saúde; menor consumo de tabaco e álcool; etc.

Outro fator que contribui é a moderna assistência médico-obstétrica, que tem propiciado uma queda na mortalidade de parturientes. Em qualquer faixa etária, a mulher se cuida mais, vai ao médico com maior frequência, ou seja, realiza cuidados preventivos. Quando idosas, elas mantêm essa tendência, adotando um estilo de vida com atividades que possuem funções de evitar agravos a saúde. O homem, por sua vez, costuma procurar orientação médica quando sente algum sintoma.

As mulheres idosas aderem, mais facilmente, à participação em grupos de terceira idade onde obtêm orientações diversas sobre cuidados preventivos de saúde, contribuindo, assim para o seu bem estar.

Os dados sobre raça/cor foram autoreferidos pelos idosos. Houve predominância de indivíduos de cor branca, 86,8% correspondendo a 138 idosos e 21 entre negra e parda. Isto se deve ao fato de que há predominância da etnia italiana na região pesquisada (norte do Rio Grande do Sul).

Em consonância, em relação ao Brasil, a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2007) observou uma menor proporção de idosos que se autodeclararam pretos e pardos (41,6%), em relação aos brancos (57,2%). Entre as pessoas de cor branca, 11,7% ultrapassaram os 60 anos, enquanto entre os pretos e pardos, esse percentual cai para 8,6%. Tais dados refletem as condições de vida mais precárias das populações preta e parda comparativamente, à população branca. Podem ser observadas do ponto de vista socioeconômico, especialmente, com relação às mais elevadas taxas de mortalidade em diversos grupos etários e, também, no nível educacional mais baixo.

A grande maioria dos idosos pesquisados, 116, pertence a etnia italiana, correspondendo a 73%. Entre os demais foram classificados em não italiana, englobando (germânica - 5 e outra - 38), totalizando 27%. A variável religião foi classificada entre Católica e não Católica, compreendendo os católicos, à razão de 150 idosos para apenas 9 não católicos que são da religião Evangélica, (05), Luterana, (01) e outra, (03). Tais aspectos representam a diversidade cultural e religiosa presente na população idosa, que formam as características regionais do Brasil.

Quanto ao estado civil, a pesquisa classificou esta variável entre os que vivem, maritalmente, compreendendo os idosos casados e que corresponderam a 41,5%, e os que não vivem maritalmente, classificados em, viúvos, (81); divorciados, nenhum; e solteiros (12). Houve predominância dos que não vivem maritalmente, totalizando 93 idosos sendo que a maioria, 58,5% se encontra numa destas três situações. Foi significativo o percentual de viúvos, 50,9%. Nossa pesquisa demonstrou que o sexo feminino foi maioria entre os que não vivem, maritalmente, 79,56% contra 20,43% do sexo masculino.

Estudos como os de Araújo (2011) e de Sousa e Silver (2008) identificaram que a população idosa feminina supera a masculina e que se apresentam significativos os dados sobre mulheres viúvas, sendo 52% e 44,7%, respectivamente. Outras pesquisas apontam que isto se deve à maior longevidade da mulher e ao recasamento mais comumente entre os homens. Uma pesquisa realizada pelo SESC, em 2007, revela que entre as idosas prevalecem as viúvas, a maioria vive com um filho ou filha, de quem recebe mais atenção.

Depreende-se que, geralmente, a mulher apresenta maior incidência de viuvez já que esta sobrevive ao cônjuge com mais frequência. Assim, a manutenção do status da viuvez feminina afirma-se, principalmente, pelas normas sociais e culturais predominantes na sociedade em que os homens se casam com mulheres mais jovens. Para muitas mulheres idosas a não realização de um novo casamento dá-se pela dificuldade de encontrar parceiro em idade adequada e por preceitos familiares e sociais.

Sobre a atividade produtiva exercida pelos idosos foram classificadas as variáveis agricultor, comerciante e idosos que não trabalham, sendo que esta última correspondeu ao número de 90 idosos. Os que ainda exercem atividade produtiva corresponderam a 43,4%, sendo apenas 01 comerciante e os demais que desenvolvem suas atividades no setor agrícola. O gênero feminino representou maioria entre as que ainda desenvolvem atividades produtivas, sendo igual a 41 idosas (59,42%). Torna-se importante salientar que mesmo com a idade avançada, muitos idosos ainda trabalham, seja para a manutenção de seu papel social na família e na comunidade, ou mesmo com o objetivo de gerar mais renda, além da auferida através da aposentadoria que pode ser considerada uma renda mensal segura.

Para Mendes (2005, p. 424), a aposentadoria foi concebida como uma instituição social, assegurando aos indivíduos renda permanente até a morte, correspondendo à crescente necessidade de segurança individual que marca as sociedades da nossa época. A autora refere que os estudos sobre a aposentadoria revelam que, comumente é gerada uma crise no indivíduo. Com a retirada da vida competitiva, a autoestima e a sensação de ser útil se reduzem. No início, a maioria dos idosos se sente satisfeito, pois lhe parece ser muito bom poder descansar. Aos poucos, descobrem que sua vida tornou-se tristemente inútil.

Nesta ausência de papéis é que podemos observar o verdadeiro problema do aposentado, sua angústia, sua marginalização e, muitas vezes o seu isolamento do mundo. Percebendo que ninguém necessita dele por estar isolado, recusado e excluído da sociedade, ele se sente cada vez mais angustiado, tornando difícil sua adequação ao mundo no qual vive. Aliado a esses fatores da aposentadoria, o idoso, também, enfrenta uma queda do nível de renda que, por sua vez, afeta a qualidade de vida, bem como a saúde. No caso dos idosos da presente pesquisa, a necessidade de continuidade da atividade produtiva pode estar associada a estes aspectos, considerando que os estudiosos na área da Gerontologia Social revelam que o trabalho/ocupação são um dos elementos relevantes que interfere de forma positiva na longevidade.

No Brasil, a universalização da aposentadoria rural foi instituída com a Constituição Federal de 1988. Para ter acesso o trabalhador rural necessita comprovar

15 anos de trabalho no campo e ter idade mínima de 55 anos (mulheres) e 60 (homens). Assim é natural que grande parte dos idosos pesquisados esteja aposentada. Os casos em que isso não ocorre, pode ser devido à impossibilidade de comprovação documental para efetivar a aposentadoria.

Em relação à composição familiar, os dados mostram que a maioria dos idosos pesquisados reside com familiares, (cônjuge, filhos ou irmãos), correspondendo a 86,8%. Assim, 25,8% moram apenas com seu cônjuge; 15,7% com cônjuge e filhos; uma pequena parcela, apenas 3,8%, com irmãos e 41% residem somente com seus filhos. Neste sentido, a pesquisa mostra que 138 idosos moram com familiares enquanto 21 vivem sozinhos correspondendo este a um percentual de 13,2%.

A Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2007) revelou que a maior parte dos idosos no Brasil (44,5%) mora com os filhos, no entanto, a proporção de idosos que moram sozinhos, cresceu de 11,1%, em 1996, para 13,2%, em 2006. Este dado reflete, por um lado, que os idosos possuem capacidade funcional satisfatória para as práticas da vida diária.

A forma como as famílias foram constituídas no período revela a existência de famílias extensas, com muitos filhos, haja visto que na época as taxas de natalidade eram elevadas. Estes aspectos contribuem para que hoje seja possível os pais serem cuidados pelos seus filhos quando se tornam dependentes em algumas dimensões da vida cotidiana. Entretanto, não se descarta a possibilidade de que os filhos tenham a necessidade de morarem com os pais por questões de ordem econômica. Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais 2006, o IBGE destaca a importância do idoso na família e na sociedade brasileira sendo observado que, em 2005, 65,3% dos idosos foram consideradas pessoas de referência no domicílio. Ou seja, contribuíam significativamente, para a sustentabilidade da família.

Referente ao aspecto da composição familiar, Mendes (2005, p. 425) observa que nas famílias onde existe o excesso de zelo, o idoso torna-se, progressivamente, dependente, sobrecarregando a própria família, com tarefas executadas para o idoso, quando na maioria das vezes, ele mesmo poderia estar realizando. Esse processo gera

um ciclo vicioso e o idoso torna-se mais dependente. A mesma autora, citando o estudo de Zimmerman (2000), revela que o ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Assim, a família, suficientemente sadia, onde predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração. Em famílias onde há desarmonia, falta de respeito e não reconhecimento de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos.

Tais condicionantes têm influência direta na qualidade de vida do idoso. Considerando que a família é um importante componente da estrutura social deve prestar apoio ao idoso em suas necessidades cotidianas, nos cuidados pessoais e de saúde, alimentação, e também no exercício da afetividade, pois, a família representa fator de segurança emocional.

Araújo (2011, p. 874) salienta que o século XXI é o século do envelhecimento. Este fenômeno lança novos desafios e obriga a reflexão com questões de relevância crescente, como viver com mais idade em contexto familiar, meios de subsistência, saúde das famílias, solidariedade intergeracional, entre outros. Deste fenômeno social emergem necessidades de se criarem novas atividades econômicas e profissões nomeadamente na prestação de cuidados comunitários e de redes de solidariedade, ou seja, serviços específicos, tendo em conta as necessidades específicas dos idosos e de suas famílias.

Sobre a situação de renda os dados demonstraram que 56,6% dos idosos vivem com mais de um salário mínimo, provenientes de aposentadorias e pensões. Esta situação compreende em grande parte as situações de viuvez que representam 50,9%. Também se deve ao fato de muitos ainda estarem exercendo atividade produtiva na agricultura, tendo possibilidades de aumento da renda. A pesquisa mostrou que 69 idosos vivem com apenas um salário mínimo. Estes dados revelam que, ao pensarmos nas condições socioeconômicas do idoso, de modo geral, não são boas. Os recursos da aposentadoria, quando muito, permitem as aquisições necessárias com medicamentos e subsistência básica. E se o idoso tem a possibilidade de auferir salário de aposentadoria

mais pensão, por outro lado significa que apenas pela condição de viuvez ele consegue ter uma renda talvez satisfatória.

Esta situação chega a refletir a exclusão social. Torres e Sá (2008), ao referirem sobre a inclusão social de idosos, salientam que o acelerado processo de envelhecimento já vem acarretando desigualdades entre este segmento e que, embora os avanços na área da saúde possibilitem estender o ciclo de vida após os 60 anos, elas afirmam que o envelhecimento não é igual para todos, e que, para além da idade, depende das condições objetivas de vida em fases anteriores do ciclo vital, do acesso aos bens e serviços, e da cobertura da rede de proteção e atendimento social.

As condições de moradia mostram que 67,9% dos idosos relataram residir em condições de moradia adequada. Esta condição engloba os idosos que julgaram morar em residências consideradas boa, muito boa e excelente. Acreditamos que esta constatação tem contribuição pelo fato da coabitação entre pais e filhos, onde os filhos procuram manter as residências em boas condições de moradia a partir de reformas ou pequenos reparos, quando necessário. Por outro lado, 51 idosos que representam 32,1% referiram morar em condições inadequadas de moradia.

Por condições adequadas entende-se as moradias que oferecem infraestrutura com segurança, abastecimento de água potável, energia elétrica, higiene, conforto e área de lazer. No caso de idosos, faz-se imprescindível haver acessibilidade nos espaços internos e fácil acesso ao transporte público.

Com o evidente envelhecimento populacional no século XXI, passa a ser motivo de alerta para as autoridades governamentais a tomada de providências estruturais para abrigar um maior contingente de moradores idosos, principalmente em centros urbanos. Em nossa pesquisa, a maioria dos idosos reside na área rural, em suas casas que foram construídas quando ainda jovens, ou então, passaram a residir em novas moradias com os filhos. A tônica é pensar, igualmente, naqueles idosos que vivem sozinhos, e que, portanto, terão que dispor de condições para exercer as atividades da vida diária de forma independente, visto o grande número de pesquisas que indicam altos índices de viuvez entre os idosos de ambos os sexos.

Quanto à presença de doenças crônicas a pesquisa buscou saber se os idosos possuíam alguma das seguintes: hipertensão, cardíacas, diabetes ou outra, podendo ser afirmada a presença de mais de uma doença crônica. Foi constatado que prevalece em 67,3%, ou seja, 107 idosos, a hipertensão. Em segundo lugar, aparece a prevalência de doenças cardíacas, em 53 idosos. Diabetes é o que menos foi relatado em idosos nesta faixa etária de 75 anos e mais, sendo acometida por 13 idosos. Há a existência de outras doenças crônicas, em 35 idosos.

Estes dados sugerem que em 49 idosos há a presença de mais de uma das doenças crônicas mencionadas na maioria, sendo a presença de hipertensão e mais uma, tornando-se preocupante, gerando mais atenção da saúde pública. Destes, ainda foi possível demonstrar que, 18 idosos não apresentaram nenhuma das doenças crônicas mencionadas. Verificou-se que as doenças crônicas foram relatadas em sua maioria pelas idosas, sendo 74 para hipertensão, 39 para cardíaca, 10 para diabete e 24 para outra.

Em um estudo de Pedrazzi et al. (2007, p. 409), constatou-se hipertensão arterial em (61,7%), dos idosos, segundo o que referiram sobre morbidade. Na amostra estudada, 68,1% dos idosos referiram possuir mais que uma doença crônica, caracterizando comorbidade. A partir de outros estudos a autora conclui que o número de comorbidades é um fator fortemente associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, a dependência. Os resultados apontam, também, que a hipertensão arterial foi a terceira morbidade mais frequente relatada pelos idosos na interferência nas AVDs e nas AIVDs.

Conhecer as condições de saúde da população de idosos permite o melhor planejamento dos serviços de saúde. Segundo Heredia (2002, p. 10), as informações podem auxiliar os profissionais de saúde para distinguir o processo de saúde normal dos processos patológicos e permitir sua intervenção tanto no aspecto preventivo como curativo. Conhecendo o perfil do idoso é possível traçar políticas de saúde que auxiliem as reais necessidades desse grupo populacional para planejar e gerenciar a oferta de serviços de saúde para o idoso.

Dessa forma, para o idoso, a saúde não pode ser dicotomizada em saudável e não saudável, pois a presença de doenças crônicas não significa que ele não possa viver de forma independente e autônoma, uma vez que elas podem ser prevenidas e controladas. Neste sentido, torna-se, portanto, bastante relevante planejar programas específicos de intervenção para a diminuição e/ou eliminação de certos fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional, com ênfase em controle de hipertensão, saúde mental, entre outros, passíveis de intervenção preventiva. Igualmente importante, é o manejo dos fatores relativos a atividades sociais, em programas sociais, que podem favorecer a formação de grupos de idosos, estimulando uma vida integrada à comunidade com a realização de atividades recreativas, físicas e culturais.

Segundo dados do IBGE (2009), sobre as condições de saúde dos idosos, avalia-se que se tem desenvolvido, dentro deste contexto, uma rápida transição nos perfis de saúde em nosso país. Esta se caracteriza, em primeiro lugar, pelo predomínio das enfermidades crônicas não transmissíveis e, em segundo lugar, pela importância crescente de diversos fatores de risco para a saúde e que requerem, complexamente, ações preventivas em diversos níveis. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes ocorridas no país, hoje são responsáveis por menos de 10%, enquanto que com as doenças cardiovasculares ocorreu o oposto: em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e hoje representam mais de 40% das mortes em nosso país.

Em um estudo de Araujo (2011, p. 873), sobre idosos de mais idade, vivendo em contexto familiar com dependência, afirma-se que a tendência atual é o aparecimento crescente de pessoas idosas, que, apesar de viverem mais, apresentam uma associação de patologias crônicas. A autora revela que, pela evidência empírica, sabe-se que o processo de envelhecimento, habitualmente, arrasta consigo doença e incapacidade, e, que as doenças crônicas estão, diretamente relacionadas à incapacidade funcional. Seu estudo conclui que a principal causa da dependência foi originada por doenças do sistema circulatório.

Esta tendência é preocupante, pois, segundo Mendes (2005, p. 423), a sociedade não está preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução.

O uso de medicamentos demonstrou-se expressivo, sendo que 141 idosos relataram fazer uso de algum medicamento, representando 88,7% da população estudada. O uso de medicamentos pelas pessoas idosas é maior que a população adulta visto que um grande número de idosos sofre de diversos problemas de saúde ao mesmo tempo, sendo estes, em sua maioria, de uso crônico. O tratamento medicamentoso para o idoso tem a finalidade de melhorar sua qualidade de vida. Contudo, se não for bem orientado há uma preocupação saliente com relação às reações secundárias advindas desse uso.

Sobre o uso de substâncias químicas a pesquisa buscou saber se os idosos fazem uso de tabaco ou álcool nesta faixa etária e os dados constataam que a grande maioria, 86,2% não o faz. Isto é um fator positivo com relação à preservação da saúde destes, fazendo com que tenham possibilidades de manutenção da própria saúde em idades avançadas. O uso de álcool na terceira idade deve se constituir uma preocupação das políticas públicas, uma vez que este uso é crescente entre este seguimento pelo evento dos bailes da terceira idade. O maior risco, além dos prejuízos diretos ao organismo, é a dependência.

Sobre dores no corpo os resultados mostram que 119 idosos relataram sentir dores em alguma parte do corpo. Isso mostra que a faixa etária estudada sugere que os idosos tenham dores e isso pode estar associado ao estilo de vida, atividade laboral pregressa e, também, oportunidades de tratamento adequado e saúde preventiva. A região pesquisada caracteriza-se por ser, eminentemente agrícola, e, portanto, a história de trabalho dos idosos pesquisados reflete o vínculo com a agricultura. Assim, o esforço físico a que estiveram submetidos pode ser um fator que contribuiu para o surgimento da dor. Em nossa pesquisa prevaleceram as dores no corpo para a faixa etária de 75 a 79 anos, ou seja, do total de 76 idosos nesta faixa etária, 58 relataram sentir dor.

Segundo Celich e Galon (2009, p. 346), a dor, quando presente na vida do idoso, instiga, consome, enfraquece o que ele tem de mais precioso – a vida. A dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência. Impede, muitas vezes, sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limita sua capacidade de interação e convívio social – situações que diminuem, consideravelmente, sua qualidade de vida. A dor ameaça sua segurança, por vezes, impede o convívio social, a realização das atividades de vida diária, consome sua renda e esgota, de modo físico e psíquico tanto a pessoa como a família ou o cuidador.

A dor em idosos é um problema de saúde pública que deve ser investigado, avaliado e, devidamente, tratado pelos profissionais de saúde no intuito de minimizar os problemas futuros que influenciarão, negativamente, na qualidade de vida da pessoa que envelhece. Elas estão relacionadas aos movimentos cotidianos dos idosos, tais como levantar-se, agachar-se, pegar objetos, fazer força em certas tarefas, entre outras, e são determinantes para o bom desempenho das AVDs.

O estudo de Celich e Galon (2009, p. 354) demonstrou que 25,9% dos idosos relataram sentir dor para o exercício das AVDs, em situações de transferência/locomoção - 44,4%; vestuário -37%; - trabalhar e banho -14,8%; higiene pessoal - 7,4%. A pesquisa concluiu que a dor sentida pela maioria dos idosos afeta, de alguma maneira, as AVDs, sendo que alguns idosos têm mais do que uma atividade restrita. Alguns idosos relataram que mesmo com dor, não deixam de manter um convívio social, denotando a relevância desta prática na vida do ser humano. Redes de suporte social contribuem para que o indivíduo acredite que é cuidado, amado e valorizado, sentindo-se pertencente ao grupo, em que possam dar e receber apoio emocional, demonstrando que os relacionamentos sociais são significativos no processo de envelhecer. Outro dado relevante é o fato de a dor ser prevalente em mulheres, podendo estar vinculado à dupla ou tripla jornada de trabalho: agricultura, lar e filhos.

O uso de prótese (bucal) foi relatado por 57,23% dos idosos. Este dado se torna interessante quando 68 idosos ainda não estão utilizando e isto sugere que ainda mantêm boa saúde bucal.

Quanto à capacidade funcional autorreferida, a pesquisa buscou saber se os idosos se consideravam independentes ou dependentes para as AVDs e AIVDs. Os resultados mostram que 114 idosos se consideram independentes para estas, totalizando 71,7%, enquanto 45 já se consideram dependentes para estas atividades. O bom desempenho nas AVDs e AIVDs favorece o próprio gerenciamento da vida na terceira e quarta idade, qualifica o desempenho na rede social, possibilitando ao idoso o exercício de sua autonomia.

Pedrazzi et al. (2007, p. 407) salientam que a independência na realização das atividades da vida diária é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social.

Segundo informações do Ministério da Saúde, na medida em que o nosso país passa por esta rápida transição demográfica e nos perfis de saúde, cresce a importância da necessidade da quantificação dos recursos que a sociedade tem que arcar para fazer frente às necessidades específicas deste segmento etário. Estudos populacionais têm demonstrado que o aumento da sobrevida acarreta um aumento da prevalência de doenças crônicas, perda da independência funcional e da autonomia. Autonomia entendida como o exercício da autodeterminação, e a independência funcional como a capacidade do indivíduo em realizar as suas atividades diárias, como vestir, comer, banhar-se, etc. O funcionamento é o resultado da interação da capacidade do indivíduo e do ambiente que apoia esta capacidade. Nossas cidades, ruas, calçadas, transporte, prédios, casas, etc., que não foram projetadas pensando-se em indivíduos idosos, constituem-se em verdadeiras barreiras arquitetônicas à independência funcional da população idosa.

Segundo Araujo (2011, p. 870), o envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos e um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Podendo ser analisado sob várias perspectivas, trata-se de um processo normal, universal, gradual, irreversível, onde ocorre deteriorização endógena das capacidades funcionais do organismo. Martins, (2002) destaca que a dependência pode ocorrer em todas as idades, mas aumenta a prevalência quando a idade aumenta, pelo aparecimento e desenvolvimento de doenças crônicas que podem conduzir a diferentes tipos e níveis de dependência.

Na avaliação da saúde autorreferida, a pesquisa buscou saber se os idosos consideravam sua saúde excelente, muito boa, boa, razoável ou fraca. As variáveis foram agrupadas e os dados demonstram, que somente 11 idosos consideram sua saúde razoável ou fraca, 74 consideram boa e 74 consideram muito boa ou excelente. Concluímos que 93% dos idosos pesquisados consideram que possuem condições de saúde boa, muito boa ou excelente. Estes resultados sugerem que, mesmo apresentando boas condições de saúde, poucos vivem sozinhos, demonstrando a preferência pela convivência intergeracional.

A pesquisa buscou saber se os idosos costumam visitar amigos ou parentes em seu cotidiano. Os resultados demonstram que 76% o fazem, ou seja, 122 idosos ainda mantêm condições adequadas de locomoção para esta finalidade. Deste universo, 65,57% são do sexo feminino. Somente 37 não realizam visitas. Este dado corrobora com os resultados da Escala de Katz, onde 112 idosos foram independentes para as Atividades da Vida Diária, ou seja, a capacidade de locomoção leva à maior possibilidade de conviver com outras pessoas, de se socializar e de aprimorar os relacionamentos afetivos.

Isto demonstra que a continuidade das atividades de relações sociais podem vir a ser fator de proteção para certas incapacidades diárias, pois só pessoas íntegras na capacidade funcional realizam, com maior frequência estas atividades, demonstrando que uma vida ativa pode ser capaz de manter por mais tempo a capacidade funcional do que a inatividade.

Quanto à participação em grupos de terceira idade esta variável revelou que os idosos, nesta faixa etária, não procuram estes espaços de socialização ou lazer em seu cotidiano. A maioria, 85,5% afirmou não participar destes grupos. Somente 23 idosos participam, sendo a maioria idosas – 73,91%. Pesquisas sobre a participação de idosos a partir de 60 anos, em atividades grupais sugerem que estas podem servir para alterações significativas na vida cotidiana dos sujeitos, contribuindo para superação de dificuldades, desenvolvimento e sociabilidade, aquisição de novos conhecimentos e troca de experiências, sendo fator importante para a inserção de idosos na vida social.

A ocupação do tempo livre entre os idosos centra-se mais, atualmente, na participação de Grupos de Convivência ou Centros de Convivência, iniciativas que, segundo Teixeira (2007, p. 170), tiveram origem, no Brasil, através dos trabalhos do SESC e, posteriormente, em universidades para a ‘Terceira Idade’. Porém, há os que não optam por essas alternativas, preferindo atividades mais reservadas, como, por exemplo compartilhar sua vida com pessoas próximas, conhecidos e familiares. Principalmente, quando se trata de idosos com idade de 75 anos e mais, pode haver aspectos dificultadores de dependência para o exercício destas atividades.

É relevante salientar aqui os aspectos de coorte, pois supõe-se que as gerações mais antigas não tenham adotado um estilo de vida ativo como sugerem as gerações mais recentes, com maiores possibilidades de integração social e vida ativa. Os grupos de convivência de idosos multiplicaram-se por todo o país, em clubes, associações comunitárias, e universidades, a partir da década de 70. Os programas para idosos da terceira idade são desenvolvidos por todo o País como programa social financiado pelo Governo Federal e implantados pelos municípios. Estas iniciativas justificam-se pelo acelerado crescimento da população idosa conforme estimativas descritas anteriormente. Tendo como objetivos incentivar a integração social dos idosos a partir de espaços de socialização, apreensão de novas habilidades, socialização cultural, auxiliando-os a preencher o tempo livre com a prática de relações saudáveis, promovendo um novo olhar sobre o envelhecimento para que possa ser vivenciado com dignidade.

Para concluirmos, a partir da descrição do perfil das características sociodemográficas da população estudada na presente pesquisa, é importante salientar que, predomina o aspecto da feminilização do envelhecimento conforme demonstrado em outros estudos, sendo as mulheres, além da maioria, também as que apresentam mais idade, maior prevalência de doenças crônicas, permanecem mais tempo em atividade produtiva e mais da metade costumam realizar visitas a amigos e/ou parentes. Devido à sobremortalidade masculina, o número de mulheres idosas é maior que o de homens. Por outro lado, embora vivam mais que os homens, as mulheres apresentam também maior incidência de doenças crônicas, que podem levar à dependência, demandando assim maior atenção.

Embora em idade avançada, mais da metade relatou ser independentes para as AVDs e AIVDs, referindo ter boas condições de saúde, mesmo com a presença de dores no corpo. O uso de medicamentos é predominante nesta faixa etária pesquisada.

A maioria dos idosos reside com familiares (filhos), assim, podemos concluir que as famílias acolhem os idosos desta faixa etária, independentemente de sua condição funcional. Estes dados são significativos no contexto atual de transformações demográficas e na estrutura familiar e alertam para a necessidade de elaboração de políticas de apoio às famílias através de serviços sociais e de saúde de natureza preventiva e de apoio a convivência intergeracional.

Os resultados apontaram idade média acima da expectativa de vida do brasileiro, maior proporção de viúvas, baixa escolaridade e aposentadoria como principal fonte de renda da maioria dos idosos.

Entre as doenças crônicas, prevalece a hipertensão, associada a outra doença. Segundo Pedrazzi et al. (2007, p. 407), aproximadamente 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam ao menos um problema crônico de saúde e uma minoria destes idosos (10%) possui, no mínimo, cinco destas patologias. Com o avanço da idade, há um aumento progressivo da necessidade de assistência na realização de atividades da vida diária.

Estes dados sobre as características sociodemográficas contribuem para o planejamento e a elaboração de ações interventivas nas demandas que envolvem a longevidade em um enfoque multidisciplinar. Ao pensar na atual transformação demográfica é evidente a preocupação com o bem-estar dos envelhecidos.

4. APRESENTAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DA PESQUISA

O envelhecimento é um processo que traz consigo limitações no funcionamento do organismo humano. Estas limitações vão se acentuar na etapa chamada velhice, podendo, em muitos casos, provocar a dependência funcional. A dependência funcional é evidenciada, mais comumente, na execução das AVDs e AIVDs entre os indivíduos idosos dentro do processo de envelhecimento normativo e/ou patológico.

Neste sentido, a identificação da capacidade funcional do idoso pode ser realizada através da aplicação de diversos instrumentos/testes, devidamente validados.

Para efeito da elaboração do presente estudo foram aplicados à população pesquisada os seguintes instrumentos: Teste Cognitivo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), escala de Katz (1983), escala de Lawton (et. al., 1969), Questionário de PFEFFER (QPAF) e Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WHOQOL OLD. Através destes instrumentos buscamos conhecer as condições cognitivas e avaliar a capacidade funcional dos idosos de 75 anos e mais.

A dependência funcional é temida por todos. Assim, conhecer as condições de funcionalidade dos idosos para as AVDs e AIVDs possibilita o replanejamento de ações das políticas públicas para que deem conta das necessidades deste segmento, visando a elevar seu nível de qualidade de vida.

A avaliação cognitiva, foi fortemente, influenciada pela baixa escolaridade apresentada pelos idosos pesquisados. Contudo, autores ressaltam a importância da influência do ambiente sociocultural, plasticidade e capacidade adaptativa para um melhor desenvolvimento cognitivo.

A grande maioria dos idosos foi de independentes para as AVDs, demonstrando que os mesmos, apesar da idade avançada, ainda conservam boas condições individuais para o autocuidado. As AIVDs foram afetadas em grande parte de

forma parcial. Com isso, demonstrou ser mais comprometida que as AVDs. Mais da metade da população pesquisada necessita de assistência nas atividades cotidianas sendo um aspecto preocupante em relação à presença de declínio cognitivo.

Conhecer as condições de funcionalidade do idoso foi pré condição para avaliarmos a qualidade de vida destes. Consideramos que a saúde física influencia a satisfação de vida.

4.1. INSTRUMENTOS UTILIZADOS: UMA BREVE DESCRIÇÃO

Nossa pesquisa propôs-se a aplicação de cinco testes conforme referido anteriormente. Em cada instrumento buscamos avaliar os aspectos pertinentes a cada um deles. Para fins de apresentação dos resultados de forma geral, e não da análise em sua totalidade, descrevemos, neste item, os resultados dos instrumentos aplicados na presente pesquisa com o aporte teórico necessário para a construção do conhecimento. A relevância destes conhecimentos implica o avanço das pesquisas na área do envelhecimento humano que visam a antever os possíveis problemas existentes sobre os aspectos cognitivos e físicos para elencar as possibilidades de capacidade funcional dos idosos e, como isso interfere, em sua qualidade de vida.

Mendonza et al. (2007, p. 2) salientam que, com crescente número de idosos aumentará, também, as necessidades de saúde desse setor da população e uma maior prevalência do que é mais temido da velhice: a dependência funcional. Sua importância é dada às consequências que acarreta, entre as quais as de caráter pessoal (tais como diminuição da autoestima e autopercepção de bem-estar), de caráter familiar (como alterar as rotinas e as relações entre os membros da família), requerendo a prestação de um cuidado especial, o colapso do cuidador, a institucionalização e, finalmente, as implicações econômicas no indivíduo, na família, nas políticas sociais e de saúde.

Seguindo este pensamento, é, também, preocupação de nossa pesquisa, o conhecimento das condições de capacidade funcional do idoso para que possa subsidiar ações de cuidados preventivos ao desenvolvimento de processos incapacitantes em

idade de 75 anos e mais. Os resultados que não serão de todo avaliados neste momento, poderão servir posteriormente para futuras análises e produções científicas na área de envelhecimento humano.

Neste capítulo, vamos descrever os resultados encontrados a partir da aplicação dos instrumentos. Os resultados dos instrumentos que não serão analisados neste momento, estão em anexo a este trabalho para análises posteriores a este estudo.

4.1.1. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM (FOLSTEIN, 1975)

Inicialmente, faremos a descrição do teste de Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de Folstein & Folstein (1975). Conforme Chaves (2008, p. 2), o MEEM fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, que, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. O ponto de corte, mais frequentemente utilizado para indicar comprometimento cognitivo que merece investigação posterior é 24.

Conforme Vieira (2002, p. 924), o perfil cognitivo de uma população idosa é obtido através dos resultados de testes cognitivos padronizados. Quando os testes são utilizados na investigação de prováveis alterações ou déficits cognitivos, permitem uma comparação entre o que é normal e o que é patológico para aquela população, servindo como auxiliar diagnóstico na detecção de transtornos cognitivos.

Segundo Folstein (1998), o MEEM pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, porém não pode ser usado para diagnosticar demência. (in: Chaves, 2008, p. 3).

Em nossa pesquisa, a proposta foi obter informações sobre parâmetros cognitivos e avaliar funções cognitivas específicas conforme descrito anteriormente. Contudo, serão descritos apenas os resultados gerais quanto a déficit, a qual não contemplará a análise dos domínios.

As notas de corte sugeridas pelo instrumento que utilizamos são: analfabetos = 19, de 1 a 3 anos de escolaridade = 23,4, a 7 anos de escolaridade = 24 e > 7 anos de escolaridade = 28. Foram classificados com déficit cognitivo os que apresentaram pontuação geral até 22, sendo ajustados para o nível educacional. Pouco mais de 50% dos idosos pesquisados não apresentou déficit como mostra a tabela abaixo.

Tabela 1- Resultados Déficit cognitivo.

	Frequencia	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válido				
Sim	78	49,1	49,1	49,1
Não	81	51,9	51,9	100,0
Total	159	100	100	

Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos de Liberato Salzano/RS, no ano de 2011.

O nível de desempenho no MEEM foi satisfatório se considerarmos o nível educacional apresentado pelos idosos pesquisados que foi de 78% para os que tiveram acesso a somente quatro anos de estudo em idades anteriores e os demais não tiveram nenhum acesso ao estudo.

Vieira e Koenig, (2002, p. 924) aponta que interpretação do escore final do MEEM deve ser feita da seguinte maneira: 30 a 26 pontos – funções cognitivas preservadas; 26 a 24 pontos – alteração não sugestiva de déficit, 23 ou menos pontos – sugestivo déficit cognitivo. Salienta que escores acima de 26 pontos são considerados ótimos e refletem funcionamento cognitivo normal. Pacientes com prejuízos leves

obtêm escore de 20 a 26; prejuízos cognitivos moderados são refletidos com escore de 11 a 20 pontos e prejuízos severos, 10 ou menos pontos. O ponto de corte para a disfunção cognitiva é 23 pontos, mas a aplicação dessa nota de corte deve ser modificada pelo nível de escolaridade.

Segundo Vieira e Koenig (2002, p. 923), a cognição é o termo empregado para descrever toda a esfera de funcionamento mental que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas, de pensamentos e a capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos externos. Fatores como idade, nível social, escolaridade, comportamento, saúde, atividades que desenvolve, aspectos psicoemocionais e socioculturais influenciam, diretamente nas habilidades e capacidades cognitivas. As autoras referem que a memória é a função cognitiva mais amplamente estudada, porque o declínio desta função é uma das maiores preocupações referidas pelos idosos, sendo o prejuízo da memória um dos critérios fundamentais para o diagnóstico de síndromes demências.

Carnieu e Bastos (2002, p. 128) afirmam que o declínio cognitivo que acompanha a idade tem início e progressão, extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, de saúde, de personalidade, e nível intelectual e capacidades mentais específicas do indivíduo. Portanto, o envelhecimento normal engloba um declínio gradual nas funções cognitivas, dependentes dos processos neurológicos que se alteram com a idade. O autor pontua que as perdas cognitivas não ocorrem de forma igual para todos, assim, muitos indivíduos podem manter-se produtivos, intelectualmente na longevidade. Assim, privilegiar o envelhecimento bem-sucedido requer avaliar e antecipar os fatores de risco para este declínio.

Segundo Carnieu e Bastos (2002, p. 128), existem muitos pacientes com queixas importantes de memória, porém, não preenchem os critérios para demência. As alterações cognitivas que não se caracterizam como demência são comuns entre os idosos, adquirindo significância clínica apenas quando acarretam prejuízo no desempenho das atividades diárias do indivíduo. O autor salienta que são várias as classificações para as alterações cognitivas, como, por exemplo: alteração cognitiva leve (PETERSEN, et al, 1999), transtorno cognitivo leve, (CHRISTENSEN et al, 1995),

alteração de memória associada a idade (Crook et al, 1986) e declínio cognitivo associado ao envelhecimento (LEVY, 1994). Contudo para o Transtorno Cognitivo Leve (TCL), de acordo com a Classificação Internacional de doença (CID – 10, 2000), apresenta entre seus critérios diagnósticos a presença de deteriorização cognitiva que precede, acompanha ou sucede transtorno cerebral ou somático, não estando, especificamente, associado ao envelhecimento.

O autor prefere o uso do termo Alteração Cognitiva Leve (ACL) por se referir a indivíduos idosos que são demenciados, portadores de um leve déficit cognitivo que se expressa em alteração de memória. Assim, salienta que o diagnóstico de demência se baseia na vigência de declínio cognitivo em grau suficiente para interferir nas atividades funcionais do indivíduo, já a condição diagnóstica para ACL, é ausência de comprometimento das atividades sócio-ocupacionais do sujeito.

Existe um consenso de que alguns aspectos da cognição declinam com a idade, enquanto outros podem estar preservados. Na ausência de doenças pode haver compensações para as alterações cognitivas que estão associadas ao envelhecimento por meio de pistas externas de modo que o desempenho geral do sujeito pode ser normal, a despeito de uma lentificação geral característica que acompanha o envelhecimento. Dessa forma as doenças somáticas que, normalmente, ocorrem durante o envelhecimento têm um papel substancial no declínio cognitivo e funcional do idoso, fato este que, frequentemente, é atribuído, unicamente, ao envelhecimento.

Segundo Argimon e Stein (2005, p. 64), o processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Em seu estudo longitudinal com idosos, muito idosos, verificou que o declínio cognitivo dos idosos avaliados em três anos não foi suficiente para ser considerado como uma demência. As autoras atribuem isto a características singulares da população estudada, levantando à hipótese de que, o envolvimento com a comunidade, diferentes atividades de lazer, convívio com familiares e atividades físicas, podem atuar como fatores de proteção ao declínio cognitivo.

Ressaltam, ainda, o princípio de que a cultura e a evolução cultural podem afetar o desenvolvimento cognitivo, sendo possível levar em conta a plasticidade de que os idosos mostram ser capazes, tais como adaptação a novas situações que a vida lhes oferece e a possibilidade de pensar em estratégias que sirvam de fatores protetores em seu desenvolvimento cognitivo. (p. 70).

Brucki et al (2003, p. 2) afirmam que desde sua publicação inicial do (MEEM), este se tornou importante instrumento de rastreamento de comprometimento cognitivo. Como instrumento clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Em seu estudo eles concluíram que a aplicabilidade deste instrumento revelou-se boa para estudos populacionais.

4.1.2 ESCALA DE KATZ (1983)

Na escala de independência nas Atividades da Vida Diária (AVDs), buscamos avaliar a condição de dependência e independência dos idosos em seis funções básicas: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. A avaliação classificou o idoso em dependente e independente, portanto, não serão descritos os resultados de cada domínio. O objetivo foi avaliar a dependência e independência funcional das pessoas idosas na faixa etária de 75 anos e mais, no desempenho das AVDs.

Segundo nossa pesquisa, os resultados mostram, conforme tabela número 2, que 70,4% dos idosos pesquisados são independentes para as AVDs. Os demais, apresentaram dependência para alguma das atividades avaliadas.

Tabela 2- Resultados da Classificação de Katz.

	Frequencia	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válido				
Independente	112	70,4	70,4	70,4
Dependente	47	29,6	29,6	100,0
Total	159	100	100	

Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano/RS, no ano de 2011.

4.1.3 ESCALA DE LAWTON (1969)

Através da Escala de Lawton (1969) foi possível avaliar nove domínios dos idosos nas seguintes atividades: uso do telefone, uso de transporte, fazer compras, preparar as refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais e domésticos, lavar e passar roupa, tomar os remédios nos horários certos e cuidar das finanças. De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs, é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente. O objetivo foi avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa com 75 anos e mais, em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Para avaliar os resultados as pessoas idosas foram classificadas como dependente, dependente parcial e independente, no desempenho destas nove funções que serão descritas a seguir.

Para o uso do telefone, 42,1% dos idosos apresentaram-se como dependente parcial, ou seja, por exemplo, necessitam de auxílio para efetuar a ligação e não para falar ao telefone.

Quanto ao transporte, também foi, para a maioria, a classificação em dependência parcial, 41,5%, porém, sendo maior o número de independentes – 58, do que de dependentes – 35.

Em relação às compras, os idosos demonstraram-se bastante independentes, correspondendo a quase a metade, 49,7%.

Em relação ao preparo das refeições, 62,3% foram independentes e, apenas 15,7%, foram dependentes. Se compararmos este dado com o fato de que 86,8% dos idosos pesquisados moram em companhia de algum dos familiares, podemos concluir que mesmo tendo alguém para auxiliá-los, eles ainda mantêm a capacidade de fazê-lo. Salientamos a importância dos idosos se adaptarem à convivência com familiares, em seu modo de vida, de sua cultura e de seus hábitos, pois, sofrem influência destes na AVDs e AIVDs, no modo como realizam suas atividades, a necessidade de auxílio, a autonomia e a independência.

Quanto a arrumar a casa, 56% dos idosos ainda demonstram ser capazes de fazê-lo sem necessidade de auxílio. Este percentual foi um pouco maior do que a capacidade de realizar os trabalhos domésticos, que foi de 50,3, para os independentes. Esta relação segue o mesmo sentido quando analisamos as mesmas duas variáveis quanto à situação de dependência: para arrumar a casa foram dependentes 19,5% e para trabalhos domésticos 22%. Isto indica que, mesmo para os idosos considerados independentes para estas atividades, a função de realizar trabalhos domésticos, tais como, pequenos reparos e consertos demonstra-se mais complexa para a faixa etária de 75 anos e mais.

Quanto à atividade de lavar e passar roupa 48,4% dos idosos ainda possuem capacidade para fazê-lo, contudo, isto não significa que são eles os únicos responsáveis por esta atividade na casa, visto que a maioria reside com demais familiares. É importante salientar que, com o progresso das tecnologias, as atividades domésticas vão sendo cada vez mais facilitadas.

Quanto a tomar os remédios em dose e horários certos, os resultados são preocupantes, pois 40,9% dos idosos foram dependentes e dependentes parciais para

esta atividade, enquanto que 59,1% conseguem fazer sem ajuda. Embora com escolaridade baixa identificada na grande maioria da população estudada, demonstrou não ter total influência sobre a administração de remédios pelos idosos pesquisados.

Quanto a cuidar das próprias finanças, 48,4% dos idosos foram independentes para isso. Isto é um fator positivo diante da avaliação de independência para as AIVDs na velhice, pois indica que quase cinquenta por cento dos idosos na faixa etária estudada reúnem as condições necessárias para fazê-lo.

Conclui-se que o desempenho para as AIVDs em idosos de 75 anos e mais, apresentou maior dependência para lavar e passar roupa (28,9%), seguida do uso do telefone (28,3). O maior resultado para a dependência parcial, também esteve relacionado ao uso do telefone (42,1%), seguido do uso do transporte (41,5%). A atividade em que os idosos apresentaram maior independência foi para o preparo das refeições (62,3%), seguido da capacidade de tomar os remédios em doses e horários certos (59,1%). Podemos concluir que a questão da independência para as AIVDs tem relação com as atividades diárias que os idosos necessitam manter para sua própria sobrevivência.

A classificação geral da Escala de Lawton demonstra que a grande maioria dos idosos pesquisados possui dependência parcial para as Atividades Instrumentais da Vida Diária, conforme tabela número 3.

Tabela 3 – Resultados da Classificação de Lawton.

	Frequencia	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válido				
Dependente	9	5,7	5,7	5,7
Dependente parcial	124	78,06	78,06	83,6
Independente				
Total	26	16,4	16,4	100,0
	159	100	100	

Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano/RS, no ano de 2011.

A partir destes resultados observa-se que as AVDs são menos afetadas com o envelhecimento, ao passo que os idosos sentem maiores dificuldades nas AIVDs, que têm seu desempenho mais comprometido na velhice. Isto pode ser comprovado quando comparamos o número de idosos independentes nas AVDs (112), com os que foram independentes nas AIVDs (26).

4.1.4 QUESTIONÁRIO DE PFEFFER (1982)

O questionário de Pfeffer é uma escala que avalia onze questões que são aplicadas ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa, discorrendo sobre a capacidade deste desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

O objetivo foi verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e, conseqüentemente, da assistência requerida para as seguintes atividades: cuidar do próprio dinheiro, fazer compras sozinho, esquentar água e apagar o fogo, manter-se a par dos acontecimentos que o rodeiam, prestar atenção e entender um programa de rádio ou televisão, lembrar de acontecimentos familiares, cuidar de seus próprios medicamentos, encontrar o caminho de volta para casa, cumprimentar as pessoas adequadamente, ficar sozinho em casa. A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Avaliações dos resultados pressupõem que quanto mais elevado o escore, maior a dependência de assistência.

Em relação à aplicação deste teste, a presente pesquisa buscou apenas descrever os dados de dependência/independência sobre os domínios, sem analisá-los,

individualmente. Concluímos que 58,5%, dos idosos são considerados independentes. Isto indica que mais da metade não requer assistência para realizar tais funções.

Tabela 4 – Resultados da Classificação de PFEFFER.

	Frequencia	Percentual	Percentual Válido	Percentual Cumulativo
Válido				
Dependente	66	41,5	41,5	41,5
Independente	93	58,5	58,5	100,0
Total	159	100	100	

Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano/RS, no ano de 2011.

A partir da visualização da base de dados empírica, observamos que apenas um idoso foi dependente para todas as atividades avaliadas. As atividades que mais necessitou assistência para idosos na faixa etária de 75 nos e mais é para fazer compras sozinho e cuidar de seu próprio dinheiro. A atividade que menos requereu assistência é cumprimentar as pessoas adequadamente.

4.1.5. INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL OLD

A evolução do conceito de qualidade de vida predominou após a II Guerra Mundial quando a Organização Mundial da Saúde – OMS redefiniu o conceito de saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social, desencadeando consideráveis discussões a respeito e da possibilidade de medir o bem-estar. Segundo Paschoal (2002, p. 4), esta dimensão significou a melhoria do padrão de vida.

Paschoal (2000, p. 40), ao descrever sobre ‘Qualidade de vida e bem-estar psicológico’ reporta-se à investigação dos construtos de diversos autores tais como Neugarten et al. (1961), Lawton (1975), Neri (1993), entre outros, em que predominam as dimensões psicológicas e sociais. A preocupação com a saúde física aparece com

menor intensidade. E aparece de forma peculiar o quanto a saúde física influencia a satisfação de vida. Posteriormente, a ênfase deu-se sobre a satisfação e a atividade, percebendo-se, também, que outras variáveis mediavam os efeitos destas duas, principalmente o controle pessoal (autonomia).

Conforme Paschoal (2002, p. 4), a preocupação com o tema qualidade de vida percorreu longo caminho, embasado nos estudos que pretendiam medir a qualidade de vida da população, especialmente dos idosos. O desafio centrava-se em medir a qualidade de vida não apenas para fazer um retrato da velhice, mas, principalmente, para avaliar o impacto de tratamentos, condutas e políticas, corrigir seus rumos, alocar recursos e planejar serviços, visando a sobrevida melhor.

Nosso interesse na presente pesquisa, também foi saber se os idosos estão tendo qualidade nos anos adicionados a vida. Assim, como o interesse científico está voltado a conferir a qualidade aos anos de vida da população idosa que se demonstra emergente e generalizado em países em desenvolvimento. Dessa forma, Neri (1993, p. 9) confirma que identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem estar é tarefa das várias disciplinas no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais.

A qualidade de vida para os idosos apresenta-se com particularidades e múltiplos fatores. Para Neri (2002, p. 9), avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural. A autora aponta os seguintes elementos como indicadores de bem-estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários.

A avaliação da qualidade de vida possui diferentes abordagens, podendo ser avaliada objetiva e, subjetivamente, conforme Paschoal (2000) e Neri (1993), contudo, há uma preocupação fundamental com os aspectos que contribuem para o bem-estar do indivíduo, para um bom nível de saúde e de desenvolvimento humano. Esta

preocupação considera que avaliar a qualidade de vida depende de múltiplos fatores biopsicosociais, bem como a adaptação dos indivíduos em diferentes épocas da vida e em diferentes ambientes.

O instrumento de avaliação da qualidade de vida Whoqol Old foi desenvolvido por um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde - OMS (Grupo WHOQOL), que definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (THE WHOQOL GROUP, 1994, apud FLECK et al., 2000, p. 179).

A avaliação da qualidade de vida dos idosos de 75 anos e mais, através do instrumento Whoqol Old possibilitou realizar a análise e obtenção dos resultados da média de qualidade de vida desta população em relação à dependência para a realização das AVDs e AIVDs. Estes resultados integram a discussão deste estudo.

A partir dos resultados dos testes, concluímos que, considerando a idade avançada e a baixa escolaridade, os idosos pesquisados apresentaram um bom desempenho de habilidades cognitivas. Contudo, salienta-se que a percentagem de presença de déficit foi alta (49,1%), sugerindo que se deve buscar conhecer as condições cognitivas da população idosa para intervir preventivamente.

Em nosso estudo, observou-se que o déficit cognitivo foi prevalente em idade de 75 a 79 anos. Estes dados são preocupantes do ponto de vista da saúde pública, pois é uma idade em que os idosos podem apresentar-se com funcionalidade cognitiva adequada se tiverem acesso aos cuidados adequados para sua saúde e oportunidades de continuidade no desenvolvimento no curso da vida, no envelhecimento. Os idosos apresentaram um desempenho de habilidades cognitivas cuja prevalência de declínio é de intensidade leve, não sendo sugestivo para quadro de demência.

Segundo Argimon e Stein (2005, p. 71), pode-se dizer que o envelhecimento é um processo em que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos

aspectos, entre outros, que podem ou não afetar o bem-estar do idoso. Muitos fatores psicossociais que contribuem para um envelhecimento saudável incluem família, educação, cuidados com a própria saúde, além de motivação e iniciativa da própria pessoa idosa. Acredita-se que, tendo-se mais subsídios sobre o processo do envelhecimento saudável, mais se poderá trabalhar para a prevenção de uma demência, como, também, para identificar, precocemente, sinais iniciais desta.

Os idosos do presente estudo, pertencentes a uma comunidade específica, ainda conservavam boas condições de capacidade funcional para as atividades da vida diária que refletem boas condições para o autocuidado, conforme demonstrado pela Escala de Katz. Também, como para as atividades instrumentais da vida diária, demonstrado na Escala de Lawton, saindo-se melhor em atividades como preparar refeições, arrumar a casa e administrar seus medicamentos. A convivência com familiares e amigos, aliado ao bom desempenho nas atividades realizadas por esses indivíduos na vida diária, parece ter servido como um fator protetor de suas condições cognitivas. A independência para estas atividades é uma dimensão imprescindível para uma boa qualidade de vida, dispondo de autossuficiência no cuidado consigo mesmo, autonomia para o discernimento de diferentes opções de atividades de lazer e participação social sendo fator preponderante para o bem-estar na velhice.

A independência funcional e autonomia, bem como testes de função cognitiva fazem parte de uma avaliação geriátrica multidimensional, sendo imprescindível para a oferta da saúde integral do idoso. Apesar de parte dos indivíduos idosos apresentarem diminuição de desempenho na realização de AVDs e nas AIVDs e haver presença de déficit cognitivo, outra parcela mantém a autonomia e independência para gerenciar sua vida. Isto demonstra a existência do envelhecimento heterogêneo na população pesquisada.

Mendonza (2007, p. 3) conclui em seu estudo que a dependência funcional em adultos mais velhos está, diretamente relacionada com a idade e depende de muitos fatores, tais como identificados em seu estudo: dependência para a realização de ABVD e AIVD; problemas de saúde na infância, problemas sociais na infância; situação familiar na infância; enfermidades crônicas; sintomas depressivos; deteriorização cognitiva; hábitos de vida e antecedentes laborais. O conhecimento desses fatores

deve ajudar a conceber programas de saúde que podem identificar indivíduos em risco de perder sua autonomia e implementar intervenções para parar ou reverter este processo.

Segundo Pedrazzi, et al. (2007, p. 407), a capacidade funcional tanto tem ajudado a compreender como a longevidade tem sido vivida quanto como contribui para avaliar o estado de saúde dos idosos. Sabe-se que a presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar a vida diária. Indicadores de morbidade que incluam as incapacidades parecem ser mais adequados para demonstrar o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Pedrazzi, et al. (2007, p. 412) salientam que a dependência constitui fator de risco significativo para a mortalidade na população idosa, mais relevante do que as próprias doenças que levam a ela. Um prejuízo nas AIVDs contribui para um maior afastamento do entorno social e consequente tendência ao isolamento na residência, enquanto as AVDs estão associadas a uma questão de sobrevivência.

Na presente pesquisa demonstramos, também que os idosos necessitam de assistência de terceiros para a realização de algumas atividades da vida diária. Sobressaiu-se a necessidade de ajuda para a realização de atividades que envolvem capacidade de decisão e locomoção, conforme a avaliação de Pfeffer.

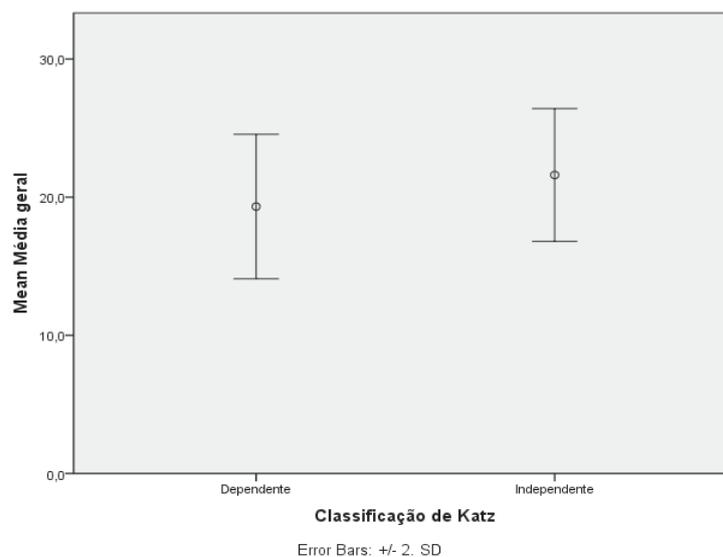
Os problemas de saúde de modo geral, se não tratados, adequadamente, podem afetar, significativamente a qualidade de vida dos idosos, que passam a sofrer restrições funcionais e em sua vida diária, ao longo do tempo. Nesse sentido, conforme Martins (2007, p. 139 - 5), a análise da qualidade de vida subjetiva torna-se um eficaz instrumento para conhecer a realidade social e como esta é percebida pelos integrantes de uma dada comunidade, devido à multidimensionalidade deste construto. Este conhecimento permite a identificação dos casos que demandam intervenção urgente, evitando, assim, maiores prejuízos aos envelhecidos.

4.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA

Buscamos analisar as condições de funcionalidade para as AVDs e AIVDs da população estudada através da Escala de Katz e Lawton e a influência da dependência na qualidade de vida na população de idosos. Inicialmente, faremos a descrição das análises em relação à Escala de Katz para a qual (29,6%) dos idosos pesquisados foram dependentes para a realização das AVDs. Em seguida, descrevemos os resultados avaliados a partir da Escala de Lawton a qual indicou uma porcentagem menor para o idoso dependente (5,7%), porém, maior para o dependente parcial (78%). As análises foram realizadas pela média e variância, demonstrando haver diferenças significativas apenas para a variância. As análises seguiram a classificação de + ou - 2 DP e intervalo de confiança de 95%.

A avaliação da média geral do Whoqol Old foi de $M=19,3$, na avaliação do dependente e de $M=21,6$ para o independente em relação às Atividades da Vida Diária avaliadas através da Escala de Katz. Isto mostra que, efetivamente, a dependência afeta, de forma negativa, a qualidade de vida do idoso.

Figura 1: Avaliação da média da qualidade de vida em relação às AVDs pela Escala de Katz entre os grupos dependentes e independentes.



Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano-RS, no ano de 2011.

Pela análise estatística da média em relação à qualidade de vida, não houve diferença significativa entre o grupo de dependentes ($M=19,3$) e o grupo dos independentes ($M=21,6$) sobre a capacidade de realização das AVDs.

Isto pode ser devido ao fato de que os idosos pesquisados residam em uma mesma região com características interioranas, mantêm os mesmos hábitos e costumes de vida e, assim, podem ter uma avaliação homogênea em relação ao seu nível de qualidade de vida. O baixo nível educacional pode ter exercido influência sobre este aspecto. Isto, também, indica que mesmo os idosos que já possuem dependência para as AVDs estão satisfeitos com aquilo que conseguem fazer, mesmo que, muitas vezes, necessitem da ajuda de terceiros. Estes, também podem estar sendo bem assessorados pelas políticas públicas para que a condição de dependência, que já está presente, não evolua.

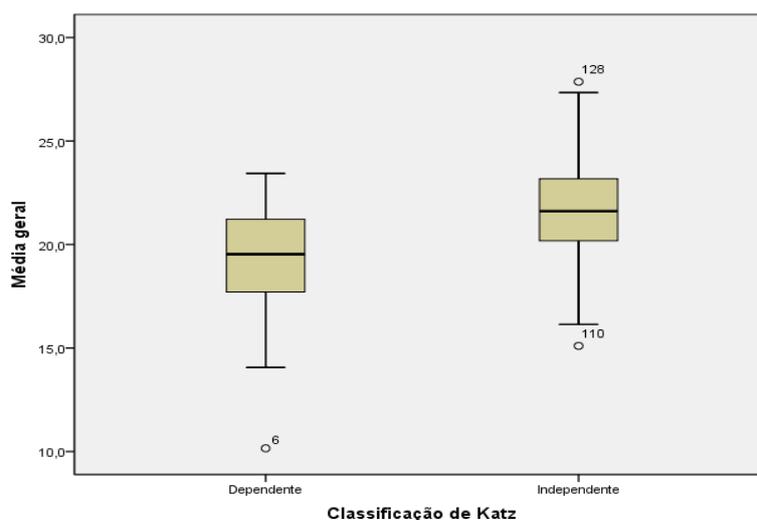
Ao mesmo tempo, o resultado para os idosos independentes mostra que, para estes, seu nível de qualidade de vida é baixo, considerando que eles apresentaram boa capacidade funcional para a realização das AVDs. Estes, em princípio deveriam, pela sua condição de independentes, revelar melhores resultados sobre a qualidade de vida. Isto não ocorreu quando avaliada a média entre estes dois grupos. Então, podemos concluir que, pela análise da média, a independência não afeta, positivamente, a qualidade de vida do idoso. Isto mostra que, talvez, hajam outros fatores, os quais não buscamos elucidar nesta pesquisa, que possam estar interferindo, negativamente, na qualidade de vida destes idosos. Pois, mesmo ele sendo independente, não está muito satisfeito com sua vida.

Considerando que a capacidade funcional é o principal indicador da capacidade adaptativa do ser humano, ela pode indicar a idade do envelhecimento, sem que seja determinada, unicamente, pela idade cronológica. Assim, quando se trata de envelhecimento, constatamos que há diferenças entre os indivíduos, contudo, elas podem ser sutis, não chegando a se diferenciarem tanto assim na média da qualidade de

vida, considerando que esta foi auferida, pelos idosos pesquisados. Dessa forma, pela análise da média, mostrou que ambos os grupos estão conseguindo manter a capacidade de realização das AVDs, sem que a qualidade de vida seja afetada de forma muito diferente para ambos os grupos.

A par dos desafios que os Países terão que enfrentar em função do crescente envelhecimento populacional, a questão da dependência é assunto não menos importante. Ocorre que, com os avanços tecnológicos e a possibilidade de inclusão dos idosos no manejo de várias tecnologias, torna-se preocupante, também, o crescente número de idosos acometidos por dependência nas AVDs e AIVDs, prejudicando ou, mesmo, impossibilitando, a integração destes no meio social.

Figura 2: Avaliação da variância entre os grupos dependentes e independentes para as AVDs pela Escala de Katz.



Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano-RS, no ano de 2011.

De outro modo, através da análise de variância foi possível demonstrar que houve diferença significativa entre os grupos dependentes e independentes em que a média de qualidade de vida para alguns idosos encontra-se muito abaixo, ou seja, $M=10$

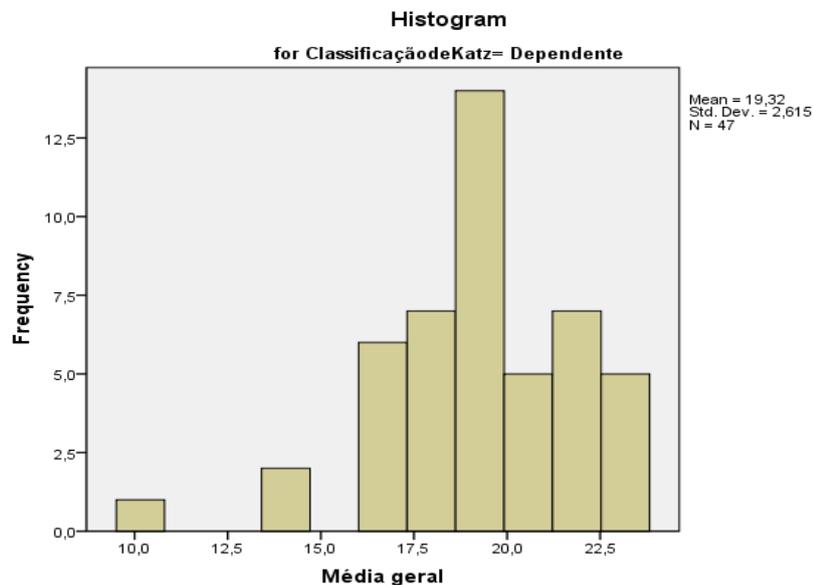
para os dependentes, indicando a influência negativa que a dependência gera na qualidade de vida destes.

A dependência é caracterizada pela necessidade de ajuda parcial ou total para a realização das AVDs e AIVDs, podendo ocorrer em qualquer fase da vida, devido a um processo de doença crônica, ocorrência de acidente entre outros. Portanto, a dependência não é atributo apenas da velhice. Na velhice, a dependência é resultado das transformações do organismo que vão se deteriorando com o passar do tempo, tendendo a aumentar a necessidade de auxílio nesta faixa etária. Dessa forma, a dependência na velhice configura-se como perda de espaço, de valores e de autodeterminação, como consequência da impossibilidade de administrarem suas próprias vidas.

O grau de dependência, encontrado nos idosos pesquisados, interfere nas necessidades de autocuidado, as quais requerem o desenvolvimento de suas atividades básicas da vida diária. Ocorre que, à medida que, impossibilitado para o autocuidado, o cuidador assume o papel de provedor desses cuidados.

Acreditamos que o elevado nível de dependência de alguns idosos, conforme demonstrado no gráfico anterior deva-se ao fato de que estes possuem características de um estilo de vida pouco ativo, pois não participam, em sua maioria, dos serviços de grupos de idosos que são ofertados e não realizam mais atividades ocupacionais e produtivas. Estes idosos muito dependentes podem não estar sendo assistidos, de forma suficiente, pelas políticas públicas, principalmente a de saúde, agravando a situação de dependência para as AVDs. Muitos relataram ter problemas cardíacos e isto pode ter sido um fator que predispôs a dependência, pelos riscos que oferece ao realizarem muitas atividades, principalmente as que exigem esforço.

Figura 3: Avaliação da variância dentro do grupo dos idosos dependentes para AVDs, (6,8).



Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano-RS, no ano de 2011.

A análise da média e desvio padrão possibilitou o uso da ANOVA e Teste ‘T’ para demonstrar que houve diferença significativa na variação entre os idosos do grupo dependentes. A análise de variância, realizada através da ANOVA, demonstrou uma variação dentro de cada grupo de dependentes (6,8) e independentes (5,7). Isto mostra que no grupo de idosos dependentes houve uma variação muito grande em relação ao $n=47$, demonstrando-se um grupo heterogêneo em relação aos aspectos de dependência/independência. Assim, como há idosos muito dependentes para as AVDs, há outros que beiram à independência. Isto reflete a necessidade de o idoso precisar da ajuda de terceiro para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deslocar-se de um lugar para outro, controlar a continência e alimentar-se sozinho. Ao mesmo tempo, reflete uma realidade em que o idoso, que beira à independência, poderá regredir rapidamente para uma condição de dependente.

Dessa forma, o que é dado para o dependente é, igualmente para o independente, em relação à média, havendo diferenças significativas apenas na variação, $p=0,2$.

A partir destes dados, podemos dizer que a qualidade de vida do idoso dependente é em princípio baixa. Contudo, há outros que, embora estejam em uma situação de dependência possuem uma qualidade de vida razoável. Podemos atribuir isso à possibilidade destes idosos serem muito bem cuidado por seus familiares e por terem um melhor acesso às políticas públicas que lhes permitem cuidados de saúde satisfatórios.

Esta variação, encontrada dentro do grupo dos idosos dependentes para as AVDs, em que alguns se encontram próximos a uma situação de independência, indica que os mesmos têm boas oportunidades de acesso às políticas públicas de saúde no que tange aos aspectos de uso de medicamentos, realização de exames e ações preventivas. É importante considerar o apoio da família, o afeto e respeito à pessoa idosa, permitindo que esta tenha liberdade de escolha e tomada de decisão em seu cotidiano. Também, é importante ressaltar que o relacionamento do idoso com a comunidade, mesmo de forma restrita em função da dependência, permite a ele viver experiências em sua vida de forma mais otimista.

O idoso dependente tem uma qualidade de vida baixa, sendo um aspecto negativo porque demonstra que a dependência afeta, de forma significativa, sua qualidade de vida quando analisada pelos resultados da média. Contudo, se comparada à média de qualidade de vida do independente, significa que seu nível de qualidade de vida está bom. Pode ser um fator positivo, indicando que os idosos dependentes estão conseguindo ter uma qualidade de vida razoável, mesmo estando nesta condição.

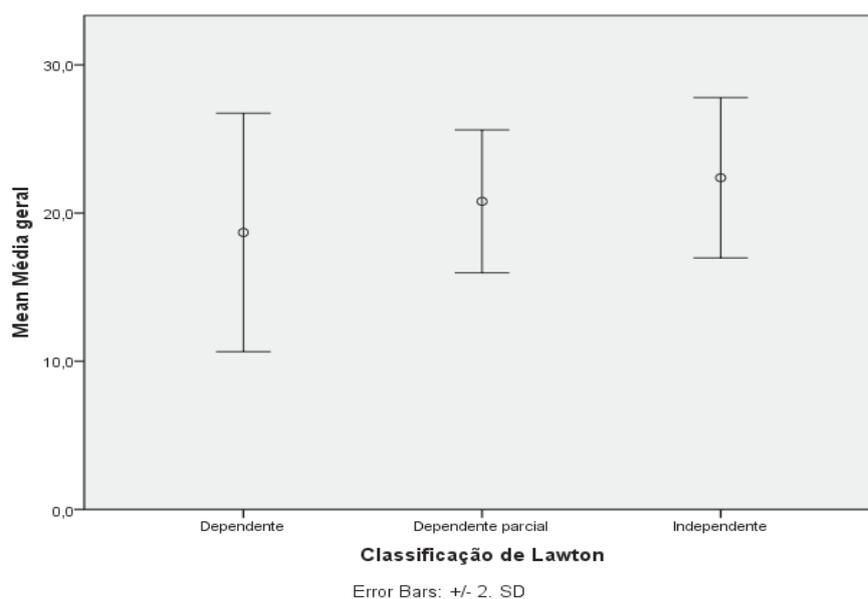
O independente, que em princípio deveria ter uma média de qualidade de vida mais alta, em relação ao idoso dependente, a pesquisa demonstrou que não a tem. Pois ele possui uma média que não se diferencia tanto daquele idoso dependente para as AVDs. Assim, a qualidade de vida pode não estar relacionada apenas a fatores determinantes de dependência das AVDS, mas também, a outros, de ordem psicológica, emocional ou afetiva.

Este resultado é preocupante do ponto de vista de saúde pública, pois se os idosos, que ainda mantêm sua condição de independência para as AVDs estão com uma baixa qualidade de vida, há uma tendência a piorar esta situação se não houver intervenções efetivas de uma política pública de saúde para a pessoa idosa. Ou então, por outro lado, poderão manter-se com uma qualidade de vida razoável, contudo, distante dos anseios da sociedade e o próprio idoso em relação a uma velhice bem sucedida.

Ainda é necessário salientar que a qualidade de vida é uma dimensão fundamental em qualquer idade, mas, na velhice, ela pode ser ainda mais valorizada devido às limitações que ocorrem nos demais aspectos da vida do envelhecido. Neste caso, não há como determinar, exatamente como se dará a velhice de cada um, considerando o envelhecimento heterogêneo. É necessário levar em conta as diferenças socioculturais, estilo de vida e dos valores estabelecidos em cada sociedade.

Na avaliação da qualidade de vida em relação às AIVDs, através da avaliação da Escala de Lawton foi, também, constatado que, na média, os grupos não se diferenciaram tanto, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Figura 4: Avaliação da média para os grupos dependentes, dependentes parciais e independentes para AIVDs.



Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano-RS, no ano de 2011.

A análise da média através do teste 'T' demonstrou não haver diferença entre as variáveis dependente e dependente parcial ($P=0,51$), do dependente para o independente ($P=0,176$) e dependente parcial e independente ($P=0,719$). Foi constatado que os três grupos tiveram uma variação parecida em relação às médias de qualidade de vida, pois 18,6 não se diferenciou de 20,7 que não se diferenciou de 22,3. Isso demonstra um crescimento na qualidade de vida do idoso, porém em nível não elevado.

Este aspecto merece ser melhor investigado, porque demonstra que a Política Nacional do Idoso, Lei nº. 8.842/94, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria 2.528/2006, através dos seus mecanismos, não estão alcançando efetivamente os resultados esperados em uma população de 75 anos e mais.

Neste sentido, podemos dizer que a qualidade de vida é, também muito afetada pela dependência nas AIVDs.

Contudo, na análise de variância obtivemos diferenças significativas, onde no grupo de dependentes, há uma variância de (16,18), que se diferencia do dependente parcial (5,80), que se diferencia do independente (7,30). Uma grande variação entre os grupos é observada entre o dependente e independente. A maior variação dentro do grupo é observada para os dependentes parciais, considerando o $n=124$. Entre o dependente parcial e o independente não se obteve grande variação, ou seja, a média de qualidade de vida entre esses não se diferencia tanto.

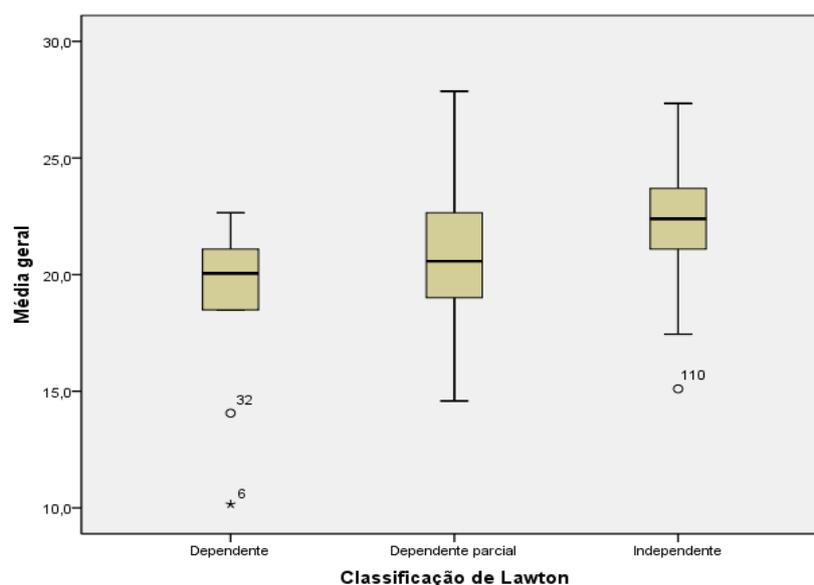
A enorme variação dentro do grupo dos dependentes para as AIVDs indica que alguns idosos estão vivendo em estado de dependência muito grande, e isto está afetando de forma direta, ampla e significativa a qualidade de vida destes.

Para os que se encontram no mesmo grupo, porém mais próximos da condição de independência, implica dizer que estes idosos dependentes têm uma qualidade de vida razoável. Isto pode ser atribuído ao fato de terem um bom acesso às políticas públicas, porque são bem cuidados por seus familiares, ou simplesmente, porque para

eles, o cotidiano com alguma dependência para as AIVDs está satisfatório, considerando que a avaliação da qualidade de vida foi autorreferida.

De outro modo, os independentes que deveriam demonstrar uma melhor qualidade de vida não a têm tanto assim. Isto pode ser atribuído à precariedade e/ou inexistência de ações efetivas que proporcionem maior participação social, (constatamos que para a faixa etária de 75 anos e mais os idosos não participam muito de grupos de idosos), bem como pelo detrimento de atividades domésticas ao invés de atividades físicas e de lazer que tenderiam a proporcionar mais integração social.

Figura 5: Avaliação da variância para o grupo dos idosos dependentes, dependentes parciais e independentes para AIVDs.



Fonte: Dados extraídos da pesquisa realizada por Danusi Sfredo sobre Envelhecimento Humano, coletados em uma população de idosos, de Liberato Salzano-RS, no ano de 2011.

No grupo dos dependentes para AIVDs, obtivemos resultados que demonstram que há idosos acima da média da qualidade de vida identificada, tanto quanto constatamos idosos bem abaixo desta média. Estes achados refletem o envelhecimento heterogêneo.

O idoso dependente para as AIVDs, em principio deveria ter uma baixa qualidade de vida, contudo, a ação dos cuidados da família e do Estado faz com que ele tenha uma avaliação de qualidade de vida alta.

A dependência afeta muito a qualidade de vida do idoso dependente, tanto para as AVDs quanto para as AIVDs.

Constatamos maior situação de dependência para as AIVDs, visto que tivemos um menor número de idosos independentes quanto à capacidade de realização destas, quando comparadas às AVDs. Assim, podemos afirmar que as AIVDs são, primeiramente, prejudicadas no cotidiano do idoso, acarretando uma incapacidade funcional que compromete a saúde mental do mesmo e, conseqüentemente, sua socialização.

A grande maioria ainda relatou sentir dores no corpo, sendo, também, um indicativo de que os idosos necessitam de auxílio de terceiros para realizar as AIVDs. Dificuldades em relação ao trabalho doméstico e atividades que requeiram força foram afirmadas pelos idosos.

Segundo Rosa et al. (2003, p. 41), a capacidade funcional é, também influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional.

Segundo características da população estudada, acreditamos que o estilo de vida pautado em atividades domésticas tenha contribuído para que a mesma mantivesse a capacidade funcional em idade avançada.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs-se a estudar o envelhecimento humano com aprofundamento na temática sobre a qualidade de vida do idoso em relação à dependência para a realização das AVDs e AIVDs. Concomitante a isto, nossos objetivos foram alcançados, de forma que a partir dos instrumentos aplicados foi possível conhecer as condições de funcionalidade da população estudada. Ou seja, pelas análises das escalas de Katz (para avaliação das AVDs) e Lawton (para a avaliação das AIVDs), observamos que os idosos de 75 anos e mais mantêm boas condições de capacidade funcional, pois, os resultados mostram que, 70,4% são independentes para as AVDs. Quanto às condições de independência para AIVDs, 78% são dependentes parciais, ou seja, necessitam de ajuda para algumas e não todas as atividades instrumentais da vida diária, enquanto que 16,4% são independentes para estas atividades.

Através das análises estatísticas foi possível avaliar a influência da dependência na qualidade de vida dos idosos, concluindo-se que a dependência afeta a vida do idoso de forma negativa, pois os resultados demonstram em geral, uma média de qualidade de vida baixa.

A capacidade cognitiva, também, é fator relevante para a qualidade de vida do idoso. Através do MEEM, constatamos que 49% dos idosos possuem déficit cognitivo. Contudo, a literatura indica-nos que, somente esta avaliação não é suficiente para prever uma situação de demência. Ao passo que as doenças somáticas, (crônico degenerativas), contribuem, substancialmente, para o declínio cognitivo, podendo, assim, evoluir para uma demência. A saúde mental do idoso é fator de grande relevância para a sua qualidade de vida.

O presente estudo apresenta limitações quanto à realização das análises e descrição de todos os instrumentos aplicados na pesquisa. Devido a isto, nosso objetivo, no momento, não contemplou as análises dos domínios do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), do questionário de PFEFFER e dos domínios do Whoqol Old. Como vimos, referente a estes instrumentos, foram descritos apenas em sua classificação geral.

Por razões de ordem prática e tempo previsto para o término deste estudo estes dados que compõem o universo de nossa pesquisa, mas que aqui não foram, totalmente detalhados, poderão ser utilizados em outros trabalhos.

Os dados coletados formam uma base de dados consistente e valiosa para que, posteriormente, sejam avaliados o restante dos dados coletados e apresentados e descritos através de artigos científicos. (conforme anexo H). Demonstram-se pertinentes para o estudo em envelhecimento humano por se tratarem de dados sobre limitações funcionais que restringem as ações da vida diária, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo para manter-se independente na velhice.

A velhice é uma etapa em que um número, cada vez maior de pessoas está alcançando, bem como desfrutando mais tempo. Isto se deve, como já mencionado, a diversos fatores de ordem pessoal e ambiental, do avanço na ciência e nas tecnologias, que aceleram o crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida.

Como vimos na literatura, o envelhecimento, também, acarreta problemas como o aumento da incidência de doenças crônicas que afeta o idoso, podendo levá-lo à dependência para as atividades da vida diária e conseqüentemente interferir de forma negativa em sua qualidade de vida. Neste sentido, as assertivas da sociedade caminham a rumos que proporcionam elevar a qualidade de vida dos idosos. Uma das formas de fazer isso é investir em ações preventivas que identifiquem as necessidades de saúde antes que ocorram maiores agravos.

Os investimentos em políticas públicas que priorizem o envelhecimento ativo e bem sucedido têm sido relevantes na medida em que possibilitam a diminuição dos custos com os cuidados.

Dessa forma, a provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento aponta que um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao “autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Estas estratégias podem minimizar os custos com cuidados institucionais.

Não podemos permitir que o idoso continue vivendo com uma qualidade de vida baixa e, conforme demonstrou nossa pesquisa, sendo, significativamente, influenciada pela dependência nas AVDs e AIVDs.

A literatura dá-nos respaldo para afirmar que o idoso pode se manter com boa capacidade funcional em idade de 75 anos e mais e, portanto, é também função das políticas públicas promover ações que objetivem orientar os indivíduos visando a uma mudança da realidade atual que reflete a maior dependência dos idosos, bem como evitar a institucionalização. Os processos incapacitantes aumentam as necessidades das pessoas idosas e levam ao isolamento social e à dependência. Estes fatores vão influenciar diretamente em sua qualidade de vida, de forma negativa.

Apreendemos que é necessário encarar a fase da vida constituída pela velhice como uma fase em que, apesar da ocorrência de limitações, é possível estabelecer um padrão de qualidade de vida, sendo este um empreendimento que depende da interação do indivíduo e sociedade. Esta interação influencia de maneira diferente na vida de cada sujeito.

Dessa forma, o envelhecer na cultura contemporânea expressa o desenvolvimento cada vez mais caracterizado pelo envelhecimento heterogêneo. A capacidade funcional, portanto, constitui um novo paradigma de saúde e de profundo significado para o idoso. O envelhecimento bem sucedido dentro desta nova ótica resulta da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, suporte familiar e econômico e integração social. Assim, objetiva a manutenção da capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível para que este se mantenha integrado em seu meio.

A vida moderna induz a movimentos de preservação da capacidade funcional, não só individual como, também, coletiva, dando aos idosos, lugar privilegiado como atores sociais e políticos. Ao mesmo tempo, sabemos que esta integração não é possível para todos, em que pese os excluídos socialmente.

É no âmbito das políticas públicas, que se faz necessário o reconhecimento de uma abordagem que admite o direito dos idosos à igualdade de oportunidades e de tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Seja pela motivação de um envelhecimento Ativo, Saudável ou Bem Sucedido, essa abordagem busca promover a saúde integral da pessoa idosa, apoiando sua responsabilidade no exercício de sua participação da vida em comunidade. Dessa forma, o idoso, impulsionado por maiores cuidados individuais preventivos, apoio familiar e comunitário terá maiores oportunidades de exercer e manter sua capacidade funcional.

A elaboração de políticas públicas adequadas para o público idoso deve levar em conta uma gama de variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre os envelhecidos. Destacamos que as conquistas da saúde, a importância da inserção social, e o projeto de vida alicerçado em uma vida ativa e saudável são determinantes na mudança social em função do envelhecimento.

Outra evidência importante relacionada ao envelhecimento diz respeito à mulher. Os dados sociodemográficos deste estudo evidenciaram a superioridade do universo feminino entre os idosos avaliados (65,4%). Isto já era esperado, uma vez que os estudos sobre este tema apontam para a feminilização do envelhecimento, ou seja, mais mulheres atingem a idade de 60 anos e mais, tendem à maior participação social e permanecem por mais tempo em grupo de idosos do que os homens.

O presente estudo objetivou analisar a qualidade de vida dos idosos em relação às AVDs e AIVDs e constatou pelas análises das escalas avaliadas (Katz e Lawton) que, em porcentagem, o número de idosos dependentes para ambas as escalas (29,6% e 5,7%) respectivamente, foi inferior aos que foram classificados como independentes ou dependentes parciais (70,4% e 78,0%). Isto reforça o que afirmamos neste estudo, de que mesmo em idades avançadas, como é o caso destes idosos pesquisados, que possuem 75 anos e mais, ainda podem permanecer com boa capacidade funcional.

Através das análises estatísticas demonstramos que a condição de dependência para as AVDs e AIVDs, afeta, significativamente, a qualidade de vida, do idoso

dependente. Portanto, podemos afirmar que é um dos fatores que interfere na qualidade de vida de idosos de 75 anos e mais.

Neste sentido, sugere-se que as políticas públicas atentem para estas questões, para que a saúde do idoso possa ser contemplada na sua integralidade. Pretenda-se que nas próximas gerações seja diminuído o grau de dependência para que esta não implique na redução da qualidade de vida dos envelhecidos. Diante do panorama apresentado, denota-se a necessidade de maior atenção em razão do grau de dependência para as AVDs e AIVDs em idosos. É necessária, também, a realização de outros estudos sobre os aspectos que incidem sobre a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Isabel, Paul C. Martins M.. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência e auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2011, 45(4):869-75.
- ARGIMON Irani I. de Lima, STEIN, Lilian Milnitsky. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21 (1): 64-72.
- ALMEIDA, Vera Lúcia Valsecchi de. Modernidade de velhice. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 35-54.
- BONARDI, Gislaine, SOUZA; Valdemarina B. Azevedo; MORAES, João F. Duarte. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Artigo de revisão. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.
- BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento Populacional: uma conquista a ser celebrada. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 19-34.
- BRASIL – Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Idoso*. Terceira idade – dados estatísticos sobre os idosos. Disponível em http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=9. Acessado em 10/09/2011, 16:32h.
- BRASIL– Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26546&janela=1. Acessado em 10/11/2011, 8:31h.
- BRASÍLIA. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família, 2006, p. 1-192.
- BRUCKI, Sonia M.D. et al . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 61, n. 3B, set. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2003000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 17 set. 2011.
- BRUNO, Marta Regina Pastor. Cidadania não tem idade. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 74-83.
- CALDAS, C. P., Introdução a Gerontologia. In: VERAS, Renato; LOURENÇO, Roberto. (org). *Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma Perspectiva Interdisciplinar*. Rio de Janeiro – RJ, UnATI/UERJ, 2006, v. p. 18-21.

CARNIEU, Paulo, Renato. BASTOS, Adriana. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, Elizabete, et.al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, Cap. 14, Pg. 128-132.

CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência na atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2009, 12(3):345-359.

CHAVES, Márcia Lorena Fagundes. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. *Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, DC de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN – Bienio 2006-2008*. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, acessado em 10/06/2010, 9:10h.

CONTE, Eneida Maria Troller; LOPES, Adair da Silva. Qualidade de vida e atividade física em mulheres idosas. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, 61-75 - jan./jun. 2005.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da Velhice: socialização e processos de revitalização do envelhecimento*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

FLECK Marcelo P. A, Sérgio Louzada, Marta Xavier, Eduardo Chachamovich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos e Vanessa Pinzon. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “*WHOQOL-Bref*” *Rev. Saúde Pública*, 34 (2): 178-83, 2000, www.fsp.usp.br/rsp.

FOLSTEIN, M, Mini-mental and son, *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13:290 -4. In: CHAVES, Márcia Lorena Fagundes. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. *Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, DC de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN – Bienio 2006-2008*. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>, acessado em 10/06/2010, 17:51h.

GODOI, Gabriela do Prado. A educação do idoso como fator de conscientização de seus direitos e inclusão social. *UNESP/Bauru*, 2010. Disponível em <http://www.faac.unesp.br/direitoshumanos/encontro/TRABALHOS/Trabalhos%20Completos%20Rodrigo/PDF/g10.pdf>. Acessado em 09/09/2011, 15:21h.

GUSMÃO, Maria Mendes de. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In.: NERI, Anita Liberalesso (org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectiva biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, São Paulo, Papirus, 2001.

HEREDIA, Olga Collinet. O idoso urbano no Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado no *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais* em Ouro Preto – MG, de 4 a 8 de novembro de 2002.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística . *CENSO 2010* Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice, acessado em 09/09/2011, 15:16h.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2007. *IBGE divulga indicadores sociais dos últimos dez anos*. Disponível em: http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=987&id_pagina=1. Acessado em 13/09/2011, 17:15h.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores sociais 2006. *IBGE detecta mudanças na família brasileira*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774 Acessado em 13/09/2011, 19:20h.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009*. Estudos e & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica 25. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf. Acesso em 21/10/2011, 9:18h.

MARTINS, M.M. Uma crise acidental na família, 2002. In: Araújo, Isabel, et. al. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência e auto cuidado. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2011, 45(4):869-75.

MARTINS, Cíntia Ribeiro; Francisco , F. J. B; Gouveia, C. N. N. A; Rodrigues, C. F. F.; Neves, M. T. S. Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudo interdisciplinar do envelhecimento, Porto Alegre, v. 11, p. 135-154, 2007*.

MERCADANTE, Elisabeth F.. Velhice: identidade estigmatizada. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 55-73.

MENDES, Márcia R.S.S. Barbosa; GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enfermagem*. 2005;18(4):422-6.

MENDONZA, Dorantes G; ÁVILA Funes JÁ; MEJÍA Arango S; GUTIÉRREZ Robledo LM. Factores asociados com la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(1):1–11.

MONTEIRO, Pedro Paulo. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 143-152.

MORAGAS, Ricardo Moragas. *Gerontologia social, envelhecimento e Qualidade de Vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, Anita Liberalesso. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995.

NERI, Anita Liberalesso (org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectiva biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. *Palavras Chave em Gerontologia*. Campinas, São Paulo, Editora Alínea, 2001.

NERI, Anita Liberalesso. O curso do desenvolvimento intelectual na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, et.al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, Pg. 900- 913.

NÓBREGA, A. C. L. et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde do idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 5, n. 6, p. 207-211, 1999.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, Cap. 8, Pg. 79- 84.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 2000, 252p. *Dissertação* (Mestrado) – Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=432374&indexSearch=ID>. Acessado em 27/09/2011, 13:45h.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; SCHIAVETO, Fábio Veiga. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2007 Out/Dez;6(4):407-413.

PEREIRA, Leani Souza Maximo, DIAS, Rosângela Corrêa, DIAS, João Marcos Domingues, GOMES, Gisele de Cássia, SITTA, Maria Inês. Fisioterapia em gerontologia. In.: FREITAS, et.al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 2ª. Ed. Cap. 126, Pg. 1998-1209.

PITANGA, Danielle de Andrade. *Velhice na cultura contemporânea*. Universidade Católica de Pernambuco. Dissertação (Mestrado), Recife, 2006.

RAMOS Luiz Roberto, 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: FREITAS, *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003, 19(3):793-798.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SALIMENE, Arlete Camargo de Mello. Sexualidade no envelhecimento com dependência. *Revista Quadrimestral de Serviço Social*, Ano XXIV – nº. 75, setembro de 2003, pg. 167-177.

SALGADO, Délia Sánchez. *Mulher idosa: feminilização da velhice*. Estudos interdisciplinares do envelhecimento, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANCHEZ, Maria Angélica S. *A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica*. Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 2010.

SANTOS, Ana Filipa Alves. *Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, 2008.

SANTOS, Marco Antônio dos. Aspectos sociais da terceira idade na sociedade atual. In: MALAGITTI, W.; BERGO, A. M. A. *Abordagem Interdisciplinar do Idoso*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010.

SESC - Idosos no Brasil Vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade. 2007. Fundação Perseu Abramo (FPA). SESC Nacional e SESC São Paulo. *Núcleo de Opinião Pública da FPA*, sob a coordenação do cientista político Gustavo Venturi e da socióloga Marisol Recamán. Analista, Vilma Bokany, processamento de Rita Dias. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br>. Acessado em 10/09/2011, 10:13h.

SOUSA, Ana Inês; SILVER, Lynn Dee. Perfil sóciodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Pesquisa Research intestigación. Esc. Ana Nery. *Revista de Enfermagem*, 2008, dez. 12(4) 706:16.

TEIXEIRA, Maria Solange. Lazer e tempo livre na ‘terceira idade’: potencialidades e limites no trabalho social com idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, 10(2), dez. 2007, p. 169-188.

TOLOTTI, Márcia. *Passageiros do outono, reflexões sobre a velhice*. Caxias do Sul: Maneco Livr. & Ed., 2005.

TORRES, Mabel Mascarenhas; SÁ, Maria Auxiliadora Ávila dos Santos. Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer. *Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU)*. v. 1, nº. 2, 2008.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia Estudos de Psicologia, Campinas, 25(4), 585-593, outubro - dezembro 2008.

SCORTEGAGNA, Helenice de Moura. *O mundo da vida na escola como espaço para a construção do ser saudável no processo de viver-envelhecer*. Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação (Doutorado). Florianópolis, 2010.

WORLD Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* – Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

VIEIRA, Elaine B.; KOENIG, Anne M. Avaliação Cognitiva. In: FREITAS, Elizabete, et.al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, Cap. 110 , Pg.921-928.

ANEXOS

Anexo A - Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Objetiva o conhecimento das variáveis que interferem na vida dos idosos pesquisados.

Nome _____

Idade _____

Escolaridade:

Até 4ª série Ensino Fundamental e mais

Sexo:

Masculino Feminino

Raça:

Branca Negra Parda

Etnia:

Italiana Germânica Outra

Religião:

Católica Evangélica Luterana Outra

Estado Civil:

Casado Viúvo Divorciado Solteiro

Ocupação:

Agricultor Comerciante Não trabalha

Com quem mora:

Com cônjuge Com filhos Cônjuge e filhos

Sozinho

Situação de Renda:

Um salário mínimo Dois salários mínimos e mais

Condições de moradia:

Razoável Boa Muito boa

Excelente

Possui alguma das seguintes doenças crônicas:

Hipertensão Cardíacas Diabetes Outra

Faz uso de medicamentos:

Sim Não

Faz uso de substâncias químicas:

Sim Não

Possui dores no corpo:

Sim Não

Usa algum tipo de prótese:

Sim Não

Quanto a capacidade funcional considera-se:

Independente para as AIVDs e AVDS

Dependente para as AIVDs e AVDS

Considera que a sua saúde é:

Excelente Muito Boa Boa Razoável

Fraca

Costuma visitar amigos e ou parentes:

Sim Não

Participa de Grupos de Idosos:

Sim Não

Anexo B – Mini Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) Folstein & Folstein (1975).

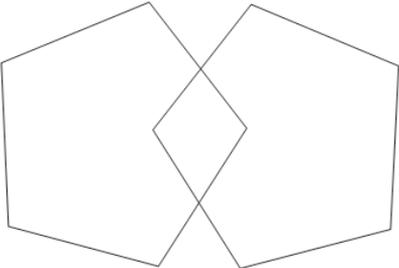
É o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois, apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho) o faz de maneira superficial. Não serve para diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.

Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19, 1 a 3 anos de escolaridade = 23.4 a 7 anos de escolaridade = 24.> 7 anos de escolaridade = 28.

Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

1 – Orientação temporal (0-5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2 – Orientação espacial (0-5 pontos)	Onde estamos	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3 – Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4 - Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5-Memorização	Repita as palavras que disse a pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6- Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7- Linguagem (1ponto)	Repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8- Linguagem (0-2)	Siga uma ordem de três	Pegue o papel com a mão direita	1

pontos	estágios:	Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1
9- Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10- Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11- Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho		1

FOLSTEIN, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198. in: Brasília. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família. Anexo 3, p. 138, 2006, p. 1-192.

Anexo C – Escala de Katz

ESCALA DE KATZ

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes.

Objetivo: avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD.

Index de AVDs (Katz) Tipo de classificação

A Independente para todas as atividades.

B Independente para todas as atividades menos uma.

C Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.

D Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.

E Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.

F Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.

G Dependente para todas as atividades.

Outro Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

Index de atividades de Katz	Tipo de Classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F

Nome		Data da avaliação: / /	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho: avaliação da atividade banhar-se é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira ou ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que recebem algum tipo de auxílio para banhar alguma parte específica do corpo, como, por exemplo a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência, (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	

<p><u>Vestir</u>: para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas fechos e cintos. Calça e sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem total ou parcialmente despídos.</p>		
<p>Pega as roupas e as veste completamente sem assistência</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Pega as roupas e se veste sem assistência exceto para amarrar sapatos</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Recebe assistência para pegar as roupas e para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><u>Banheiro</u>: a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaio” ou “comadre” também são considerados dependentes.</p>		
<p>Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengalas, andador barras de apoio ou cadeiras de rodas e pode utilizar comadre ou urinol a noite esvaziando por si mesmo pela manhã).</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre a noite.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><u>Transferência</u>: a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação para a independência da função. dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.</p>		
<p>Deita-se ou levanta-se da cama e da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Deita-se ou levanta-se da cama com auxílio.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Não sai da cama</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><u>Continência</u>: “continência” refere-se ao ato inteiramente controlado de urinar ou defecar. A dependência Está relacionada a presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.</p>		
<p>Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Tem “acidentes” * ocasionais. *acidentes=perdas urinárias ou fecais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p><u>Alimentação</u>: a função “alimentação” refere-se ao ato de dirigir a comida do prato ou similar a boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.</p>		
<p>Alimenta-se sem assistência</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Alimenta-se sem assistência exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, and instrumental activities of daily living. *J. Am Geriatr Soc.*, v.31, n.12, p.721-27, 1983. in: Brasília. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família. Anexo 6, p. 145, 2006, p. 1-192.

Anexo D - Escala de Lawton

ESCALA DE LAWTON

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida independente.

Objetivo: avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

Avaliações dos resultados: as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções.

Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim.

Providências com os achados/resultados: para os idosos mais dependentes deverá ser elaborado um projeto terapêutico.

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
total			Pontos:

LAWTON, M. P; BRODY, E. M. Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, p. 179-86, 1969. in: Brasília. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família. Anexo 7, p. 147, 2006, p. 1-192.

Anexo E - Questionário de Pfeffer

QUESTIONÁRIO DE PFEFFER

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desse em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos.

Objetivo: Verificar a presença e a severidade de declínio cognitivo por meio da avaliação da funcionalidade e conseqüentemente da assistência requerida. A combinação do MEEM com o Questionário de Pfeffer indica uma maior especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. Ainda considerando o viés produzido pela baixa escolaridade nos resultados do MEEM parece ser adequada a associação do QPAF para se obter a confirmação do declínio cognitivo acompanhado de limitações funcionais sugerindo a presença de demência ou outros transtornos associados.

Avaliações dos resultados: quanto mais elevado o escore maior a dependência de assistência.

Mostre ao informante um cartão com as opções abaixo e leia as perguntas. Anote a pontuação Como segue.

SIM É CAPAZ - 0

NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA - 0

COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ - 1

NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA - 1

NECESSITA DE AJUDA - 2

NÃO É CAPAZ - 3

1. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. (PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
4. (PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?
5. (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
11. (PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

PfefferRI et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. Journal of Gerontology. 1982; 37(3):323-9. in: Brasília. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica* nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Saúde da Família. Anexo 3, p. 138, 2006, p. 1-192

Anexo F - Questionário de Percepção de Qualidade de Vida
Whoqol Old (versão em português)

**QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA
WOQOL OLD (Versão em Português)**

FLECK MPA, LEAL OF LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E VIEIRA G. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – 100). Ver. Bras. Psiquiatria, 1999; 21 (1); 19-28.

Instruções:

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro pode trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você, para cada questão.

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

F25.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo audição, visão, paladar, olfato, tato) afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F25.3 Até que ponto a perda de, por exemplo audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F26..1 Quanta liberdade você tem de tomar suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F26.2 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F26.4 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F29.2 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F29.3 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F29.4 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F29.5 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

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

F25.4 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F26.3 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F27.3 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F27.4 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

F28.4 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

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

F27.5 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito nem insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
1	2	3	4	5

F28.1 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito nem insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
1	2	3	4	5

F28.2 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito nem insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
1	2	3	4	5

F28.7 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito nem insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito
1	2	3	4	5

F27.1 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito feliz	Infeliz nem infeliz	Nem feliz feliz	Feliz	Muito	
1	2	3		4	5

F25.2 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim nem boa	Nem ruim boa	Boa	Muito	
1	2	3	4	5	

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

F30.2 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F30.3 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F30.4 Até que ponto você tem oportunidade para amar?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

F30.7 Até que ponto você tem oportunidade para ser amado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
1	2	3	4	5	

Obrigada pela sua colaboração.

Você tem algum comentário sobre o questionário?

FRAQUELLI, A. A. A relação entre auto-estima auto imagem e qualidade de vida em idosos participantes de uma oficina de inclusão digital. Porto Alegre, 2008, 104 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica), Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUC/RS.

Anexo G – Quadros Demonstrativos das Análises Estatísticas: questionário sociodemográfico, classificação de Katz, de Pfeffer e Lawton.

Frequency Table

Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Analfabeto	35	22,0	22,0	22,0
Alfabetizado	124	78,0	78,0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	55	34,6	34,6	34,6
Feminino	104	65,4	65,4	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Raça

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Branca	138	86,8	86,8	86,8
Não branca	21	13,2	13,2	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Etnia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Italiana	116	73,0	73,0	73,0
Não italiana	43	27,0	27,0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Religião

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Católica	150	94,3	94,3	94,3
Não católica	9	5,7	5,7	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Estado civil

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Vive maritalmente	66	41,5	41,5	41,5
Não vive maritalmente	93	58,5	58,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Atividade produtiva

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	69	43,4	43,4	43,4
Não	90	56,6	56,6	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Com quem mora

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cônjuge	41	25,8	25,8	25,8
Filhos	66	41,5	41,5	67,3
Cônjuge e filhos	25	15,7	15,7	83,0
Sozinho	21	13,2	13,2	96,2
Irmãos	6	3,8	3,8	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Mora sozinho

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	21	13,2	13,2	13,2
Não	138	86,8	86,8	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Situação de renda

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Até um SM	69	43,4	43,4	43,4

Mais de um SM	90	56,6	56,6	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Condições de moradia

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Inadequada	51	32,1	32,1	32,1
Adequada	108	67,9	67,9	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Hipertensão

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	107	67,3	67,3	67,3
Não	52	32,7	32,7	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Cardíaca

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	53	33,3	33,3	33,3
Não	106	66,7	66,7	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Diabete

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	8,2	8,2	8,2
Não	146	91,8	91,8	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Outra

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	35	22,0	22,0	22,0
Não	124	78,0	78,0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Uso de medicamentos

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	141	88,7	88,7	88,7
	Não	18	11,3	11,3	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Substâncias químicas

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	22	13,8	13,8	13,8
	Não	137	86,2	86,2	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Dores no corpo

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	119	74,8	74,8	74,8
	Não	40	25,2	25,2	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Uso de prótese

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	91	57,2	57,2	57,2
	Não	68	42,8	42,8	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Capacidade funcional

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	114	71,7	71,7	71,7
	Não	45	28,3	28,3	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Avaliação da saúde

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Razoável ou fraca	11	6,9	6,9	6,9

Boa	74	46,5	46,5	53,5
Excelente ou muito boa	74	46,5	46,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Visitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	122	76,7	76,7	76,7
Não	37	23,3	23,3	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Grupos de terceira idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	23	14,5	14,5	14,5
Não	136	85,5	85,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Défice

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	78	49,1	49,1	49,1
Não	81	50,9	50,9	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Classificação de Katz

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Independente	112	70,4	70,4	70,4
Dependente	47	29,6	29,6	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Classificação de Pfeffer

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	66	41,5	41,5	41,5
Independente	93	58,5	58,5	100,0

Classificação de Pfeffer

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	66	41,5	41,5	41,5
Independente	93	58,5	58,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Telefone

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	45	28,3	28,3	28,3
Dependente parcial	67	42,1	42,1	70,4
Independente	47	29,6	29,6	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Transporte

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	35	22,0	22,0	22,0
Dependente parcial	66	41,5	41,5	63,5
Independente	58	36,5	36,5	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Compras

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	32	20,1	20,1	20,1
Dependente parcial	48	30,2	30,2	50,3
Independente	79	49,7	49,7	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Refeições

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	25	15,7	15,7	15,7
Dependente parcial	35	22,0	22,0	37,7
Independente	99	62,3	62,3	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Casa

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	31	19,5	19,5	19,5
Dependente parcial	39	24,5	24,5	44,0
Independente	89	56,0	56,0	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Trabalhos domésticos

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	35	22,0	22,0	22,0
Dependente parcial	44	27,7	27,7	49,7
Independente	80	50,3	50,3	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Roupa

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	46	28,9	28,9	28,9
Dependente parcial	36	22,6	22,6	51,6
Independente	77	48,4	48,4	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Remédios

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	20	12,6	12,6	12,6
Dependente parcial	45	28,3	28,3	40,9
Independente	94	59,1	59,1	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Finanças

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	31	19,5	19,5	19,5

Dependente parcial	51	32,1	32,1	51,6
Independente	77	48,4	48,4	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Classificação de Lawton

	Frequência	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dependente	9	5,7	5,7	5,7
Dependente parcial	124	78,0	78,0	83,6
Independente	26	16,4	16,4	100,0
Total	159	100,0	100,0	

Anexo H – Quadros Demonstrativos das Análises Estatísticas: Meem e Whoqol Old

Explore

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Idade	Mean		80,83	,353
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	80,13	
		Upper Bound	81,53	
	5% Trimmed Mean		80,56	
	Median		80,00	
	Variance		19,838	
	Std. Deviation		4,454	
	Minimum		75	
	Maximum		93	
	Range		18	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		,766	,192
	Kurtosis		-,135	,383
	Orientação temporal (MEEM)	Mean		3,96
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	3,74	
		Upper Bound	4,17	
5% Trimmed Mean			4,10	
Median			4,00	
Variance			1,815	
Std. Deviation			1,347	
Minimum			0	
Maximum			5	
Range			5	
Interquartile Range			2	
Skewness			-1,335	,192
Kurtosis			1,020	,383
Orientação espacial (MEEM)		Mean		4,40
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4,24	
		Upper Bound	4,56	
	5% Trimmed Mean		4,53	
	Median		5,00	
	Variance		1,052	
	Std. Deviation		1,026	
	Minimum		1	
	Maximum		5	

	Range		4	
	Interquartile Range		1	
	Skewness		-1,729	,192
	Kurtosis		2,162	,383
Cálculo (MEEM)	Mean		2,50	,169
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,16	
		Upper Bound	2,83	
	5% Trimmed Mean		2,50	
	Median		2,00	
	Variance		4,517	
	Std. Deviation		2,125	
	Minimum		0	
	Maximum		5	
	Range		5	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		,058	,192
	Kurtosis		-1,754	,383
	Memorização (MEEM)	Mean		4,60
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	4,33	
		Upper Bound	4,88	
5% Trimmed Mean			4,78	
Median			5,00	
Variance			3,139	
Std. Deviation			1,772	
Minimum			0	
Maximum			6	
Range			6	
Interquartile Range			3	
Skewness			-1,103	,192
Kurtosis			,165	,383
Linguagem (MEEM)		Mean		6,32
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,96	
		Upper Bound	6,68	
	5% Trimmed Mean		6,46	
	Median		7,00	
	Variance		5,270	
	Std. Deviation		2,296	
	Minimum		0	
	Maximum		12	
	Range		12	
	Interquartile Range		3	
	Skewness		-,817	,192
	Kurtosis		,333	,383
	Pontuação geral	Mean		21,78

(MEEM)	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20,85	
		Upper Bound	22,71	
	5% Trimmed Mean		22,15	
	Median		23,00	
	Variance		35,084	
	Std. Deviation		5,923	
	Minimum		4	
	Maximum		30	
	Range		26	
	Interquartile Range		8	
	Skewness		-,780	,192
	Kurtosis		,249	,383
	Escala de Katz	Mean		6,86
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	6,57	
		Upper Bound	7,16	
5% Trimmed Mean			6,55	
Median			6,00	
Variance			3,550	
Std. Deviation			1,884	
Minimum			6	
Maximum			15	
Range			9	
Interquartile Range			1	
Skewness			2,617	,192
Kurtosis			6,240	,383
Questionário Pfeffer	Mean		7,01	,653
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5,72	
		Upper Bound	8,30	
	5% Trimmed Mean		6,19	
	Median		4,00	
	Variance		67,899	
	Std. Deviation		8,240	
	Minimum		0	
	Maximum		33	
	Range		33	
	Interquartile Range		12	
	Skewness		1,310	,192
	Kurtosis		,995	,383
Escala de Lawton	Mean		20,52	,431
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19,67	
		Upper Bound	21,37	
	5% Trimmed Mean		20,80	
	Median		22,00	
	Variance		29,593	

	Std. Deviation		5,440	
	Minimum		9	
	Maximum		27	
	Range		18	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		-,570	,192
	Kurtosis		-,763	,383
Funcionamento do sensorio	Mean		21,000	,3910
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20,228	
		Upper Bound	21,773	
	5% Trimmed Mean		20,990	
	Median		20,313	
	Variance		24,309	
	Std. Deviation		4,9304	
	Minimum		6,3	
	Maximum		31,3	
	Range		25,0	
	Interquartile Range		4,7	
	Skewness		,053	,192
	Kurtosis		-,130	,383
Autonomia	Mean		19,408	,3004
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,815	
		Upper Bound	20,002	
	5% Trimmed Mean		19,547	
	Median		20,313	
	Variance		14,351	
	Std. Deviation		3,7883	
	Minimum		7,8	
	Maximum		31,3	
	Range		23,4	
	Interquartile Range		4,7	
	Skewness		-,401	,192
	Kurtosis		,481	,383
Atividades passadas	Mean		21,895	,2382
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	21,424	
		Upper Bound	22,365	
	5% Trimmed Mean		21,951	
	Median		21,875	
	Variance		9,024	
	Std. Deviation		3,0039	
	Minimum		14,1	
	Maximum		28,1	
	Range		14,1	
	Interquartile Range		4,7	

	Skewness		-,289	,192
	Kurtosis		-,471	,383
Participação social	Mean		21,511	,2693
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20,979	
		Upper Bound	22,043	
	5% Trimmed Mean		21,579	
	Median		21,875	
	Variance		11,533	
	Std. Deviation		3,3961	
	Minimum		10,9	
	Maximum		31,3	
	Range		20,3	
	Interquartile Range		6,3	
	Skewness		-,348	,192
	Kurtosis		,185	,383
	Morte e morrer	Mean		22,848
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	21,985	
		Upper Bound	23,711	
5% Trimmed Mean			23,011	
Median			23,438	
Variance			30,369	
Std. Deviation			5,5108	
Minimum			9,4	
Maximum			31,3	
Range			21,9	
Interquartile Range			7,8	
Skewness			-,201	,192
Kurtosis			-,644	,383
Intimidade		Mean		18,927
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17,901	
		Upper Bound	19,952	
	5% Trimmed Mean		19,206	
	Median		21,875	
	Variance		42,863	
	Std. Deviation		6,5470	
	Minimum		6,3	
	Maximum		29,7	
	Range		23,4	
	Interquartile Range		7,8	
	Skewness		-,875	,192
	Kurtosis		-,516	,383
	Média geral	Mean		20,932
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	20,513	
		Upper Bound	21,350	

5% Trimmed Mean	20,972	
Median	20,833	
Variance	7,143	
Std. Deviation	2,6726	
Minimum	10,2	
Maximum	27,9	
Range	17,7	
Interquartile Range	3,4	
Skewness	-,375	,192
Kurtosis	1,137	,383

Percentiles

		Percentiles				
		5	10	25	50	
Weighted Average(Definition 1)	Idade	75,00	76,00	77,00	80,00	
	Orientação temporal (MEEM)	1,00	2,00	3,00	4,00	
	Orientação espacial (MEEM)	2,00	3,00	4,00	5,00	
	Cálculo (MEEM)	,00	,00	,00	2,00	
	Memorização (MEEM)	1,00	2,00	3,00	5,00	
	Linguagem (MEEM)	2,00	3,00	5,00	7,00	
	Pontuação geral (MEEM)	10,00	14,00	18,00	23,00	
	Escala de Katz	6,00	6,00	6,00	6,00	
	Questionário Pfeffer	,00	,00	,00	4,00	
	Escala de Lawton	9,00	13,00	16,00	22,00	
	Funcionamento do sensório	12,500	14,063	18,750	20,313	
	Autonomia	12,500	14,063	17,188	20,313	
	Atividades passadas	17,188	17,188	20,313	21,875	
	Participação social	15,625	17,188	18,750	21,875	
	Morte e morrer	12,500	15,625	18,750	23,438	
	Intimidade	6,250	6,250	15,625	21,875	
	Média geral	16,927	17,448	19,271	20,833	
	Tukey's Hinges	Idade			77,00	80,00
		Orientação temporal (MEEM)			3,00	4,00
Orientação espacial (MEEM)				4,00	5,00	

Cálculo (MEEM)			,00	2,00
Memorização (MEEM)			3,00	5,00
Linguagem (MEEM)			5,00	7,00
Pontuação geral (MEEM)			18,00	23,00
Escala de Katz			6,00	6,00
Questionário Pfeffer			,00	4,00
Escala de Lawton			16,50	22,00
Funcionamento do sensório			18,750	20,313
Autonomia			17,188	20,313
Atividades passadas			20,313	21,875
Participação social			18,750	21,875
Morte e morrer			18,750	23,438
Intimidade			15,625	21,875
Média geral			19,271	20,833

Percentiles

		Percentiles		
		75	90	95
Weighted Average(Definition 1)	Idade	84,00	87,00	89,00
	Orientação temporal (MEEM)	5,00	5,00	5,00
	Orientação espacial (MEEM)	5,00	5,00	5,00
	Cálculo (MEEM)	5,00	5,00	5,00
	Memorização (MEEM)	6,00	6,00	6,00
	Linguagem (MEEM)	8,00	9,00	9,00
	Pontuação geral (MEEM)	26,00	29,00	30,00
	Escala de Katz	7,00	10,00	12,00
	Questionário Pfeffer	12,00	20,00	24,00
	Escala de Lawton	25,00	27,00	27,00
	Funcionamento do sensório	23,438	28,125	29,688
	Autonomia	21,875	23,438	25,000
	Atividades passadas	25,000	25,000	26,563
	Participação social	25,000	25,000	25,000
	Morte e morrer	26,563	31,250	31,250
	Intimidade	23,438	25,000	25,000
	Média geral	22,656	23,958	25,000
Tukey's Hinges	Idade	84,00		

Orientação temporal (MEEM)	5,00		
Orientação espacial (MEEM)	5,00		
Cálculo (MEEM)	5,00		
Memorização (MEEM)	6,00		
Linguagem (MEEM)	8,00		
Pontuação geral (MEEM)	26,00		
Escala de Katz	7,00		
Questionário Pfeffer	12,00		
Escala de Lawton	25,00		
Funcionamento do sensório	23,438		
Autonomia	21,875		
Atividades passadas	24,219		
Participação social	24,219		
Morte e morrer	26,563		
Intimidade	23,438		
Média geral	22,656		

Descriptives

Sexo		Statistic	Std. Error	
Idade	Mean	80,75	,596	
	5% TrimmedMean	80,46		
	Median	79,00		
	Variance	19,564		
	Std. Deviation	4,423		
	Masculino	Minimum	75	
		Maximum	93	
		Range	18	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	,858	,322
		Kurtosis	,191	,634
	Feminino	Mean	80,88	,440
		5% TrimmedMean	80,61	
		Median	80,00	
	Variance	20,169		
	Std. Deviation	4,491		
	Minimum	75		

Maximum	93	
Range	18	
Interquartile Range	7	
Skewness	,731	,237
Kurtosis	-,237	,469

APÊNDICES

Apêndice A. Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa.



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N° 077/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 19/01/11, analisou o protocolo de pesquisa “Autonomia funcional como fator de qualidade de vida: um estudo sobre as condições cognitivas e físicas em idosos”, CAAE nº 0303.0.398.000-11 de responsabilidade da pesquisadora Danusi Sfredo.

O projeto tem como objetivo verificar a associação entre os aspectos cognitivos e a necessidade de auxílio para a realização da AVDs e AIVDs em idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde do município de Liberato Salzano, na faixa etária entre 75 anos e mais, avaliando a qualidade de vida e o grau de dependência destes observando as variáveis entre as faixas etárias. E, Conhecer as condições de funcionalidade da população estudada através da aplicação da escala de Katz (et. al. 1963), para AVDs e escala de Lawton (1969) para AIVDs; identificar o grau de dependência dos idosos em relação as AVDs e AIVDs avaliando a influencia da dependência na qualidade de vida do idoso; apontar o potencial risco de desenvolvimento da demência e da incapacidade funcional entre as faixas etárias; identificar as áreas que demandam maior atenção na questão das limitações e incapacidade funcional dos idosos pesquisados.

A pesquisadora fará um estudo com 218 idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde do Município de Liberato Salzano - RS na faixa etária de 75 anos e mais, através da aplicação de cinco instrumentos de pesquisas já validados, quais sejam: testes de funcionalidade: MEEM – Mini Exame do Estado Mental de Folstein & Folstein (1975), Questionário de PFEFFER (QPAF), Escala de Katz (et.al. 1963), a Escala de Lawton (et. al., 1969), o Questionário de Percepção de Qualidade de Vida WOQOL OLD (Fleck, 1999, versão em português) e um questionário de informações sócio-demográficas. A etapa de coleta de dados será realizada pela pesquisadora e por uma equipe de treze (13) Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde de Liberato Salzano utilizando a técnica da entrevista.

As solicitações de pendências em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram atendidas e ajustadas.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e das instituições envolvidas estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos éticos e metodológicos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Solicita-se que a pesquisadora apresente o relatório do projeto para o CEP-UPF no final do estudo.

Situação: PROTOCOLO APROVADO

Passo Fundo, 10 de março de 2011

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) para participar do estudo intitulado “Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos em relação às AVDs e AIVDs”, que estamos desenvolvendo com o objetivo de verificar a associação entre os aspectos cognitivos e a necessidade de auxílio para a realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) em idosos com 75 anos e mais, avaliando a qualidade de vida e o grau de dependência destes observando as variáveis entre as faixas etárias, por meio da aplicação de testes e questionário.

Para atingir ao objetivos do estudo será necessário conhecer os aspectos cognitivos e físicos que incidem sobre a saúde do idoso e como eles podem afetar o processo de envelhecimento e contribuir para a prevenção e recuperação da mesma. Isto é imprescindível para promover a qualidade de vida da pessoa que envelhece, potencializando sua capacidade de realizar as AVDs e AIVDs e de integração com o meio.

O (a) Sr. (a) participará deste estudo, interagindo de forma individual por meio de uma única entrevista na qual responderá aos instrumentos da pesquisa que são: Teste Cognitivo Mini Exame do Estado Mental que contem questões de orientação temporal e espacial, registro de palavras, atenção, cálculo, recordação, linguagem e capacidade construtiva. Escala de Katz que contem questões sobre as Atividades da Vida Diária – AVDs. Escala de Lawton que contem questões sobre as Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVDs. Questionário de PFEFFER (QPAF) no qual serão solicitadas as informações sobre a assistência requerida para a rotina de vida diária do participante. Questionário de Percepção de Qualidade de Vida o qual consiste em questões subjetivas sobre a vida pessoal do participante. O (a) Sr. (a) também deverá responder a um questionário sócio-demográfico com informações sobre a idade, renda, condições de saúde e vida social. O tempo para responder a todos os instrumentos é de aproximadamente trinta minutos e estes serão aplicados e uma única visita em sua residência. Esta pesquisa não prevê outros procedimentos com o Sr. (a). os resultados dos testes poderão ser verificados junto a pesquisadora posteriormente.

A entrevista será realizada pela pesquisadora e equipe de colaboradores que são os Agentes Comunitários de Saúde, seguindo o cronograma das visitas que são

realizadas pelos mesmos na sua rotina de trabalho. Será garantido o sigilo sobre as informações prestadas, sendo as mesmas utilizadas somente para a finalidade da pesquisa. Os benefícios esperados desta pesquisa são os de conhecimento sobre autonomia funcional e a qualidade de vida dos participantes através dos resultados da pesquisa.

O início da pesquisa está previsto para ocorrer em 1º de março de 2011, mês em que iniciarão as visitas e a realização das entrevistas e seguirá nos meses de abril, maio, junho e julho. As datas e horários para a aplicação dos instrumentos da pesquisa serão agendados e avisados com antecedência pelos colaboradores da pesquisa.

A participação do (a) Sr (a) não implicará em risco algum, tendo como desconforto dispor de alguns minutos do seu tempo para a realização dos testes e entrevistas e talvez algum constrangimento gerado por algum questionamento de caráter pessoal que o(a) Sr.(a) poderá não responder se assim desejar.

Os benefícios da participação do (a) Sr. (a) na pesquisa será a possibilidade de conhecimento sobre a sua autonomia cognitiva e funcional para a realização das atividades da vida diária. Os resultados da pesquisa serão utilizados com a finalidade de desenvolver a pesquisa citada e as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será mantido sigilo da sua participação. O (a) Sr. (a) poderá solicitar informações sobre o estudo antes e durante pesquisa. Será assegurado ao Sr. (a) toda a assistência habitual dispensada pela equipe de profissionais da instituição como também dos alunos e professores. O (a) Sr. (a) não terá nenhum tipo de despesa pela participação neste estudo. Os custos da pesquisa serão integralmente custeados pela pesquisadora responsável.

O (a) Sr.(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, a qualquer momento¹. O (a) Sr.(a) terá a liberdade de não querer participar desta pesquisa e isto não acarretará nenhuma mudança no seu tratamento ou na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Mesmo que o (a) Sr.(a) aceite participar, estará livre para desistir a qualquer momento. O (a) Sr. (a) não será obrigado

¹ Para qualquer esclarecimento ou dúvida acerca do desenvolvimento do estudo o (a) Sr. (a) poderá contatar pesquisadora responsável por este Projeto de Pesquisa Danusi Sfredo, que poderá ser contatada pelo telefone: (55) 9652 – 7442, bem como com o Comitê de Ética através do endereço CAMPUS I, Km 171, BR 285, Bairro são José, CP nº 611, CEP: 99001-970, telefone: (54) 3316 8370. Esta pesquisa integra o Programa de pós Graduação em Envelhecimento Humano – ppgEH e está sendo desenvolvendo sob a orientação do (a) professor (a) Dr. Astor Antônio Diehl, como atividade pertinente ao curso de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

a participar desta pesquisa, podendo recusar-se a responder os instrumentos sem qualquer prejuízo pessoal.

Responsável: Danusi Sfredo (55) 96527442 Rua Montevideo, nº 371, Bairro Centro, Liberato Salzano/RS.	Orientador: Dr. Astor Antônio Diehl Envelhecimento Humano - ppgEH Passo Fundo/RS.
---	---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do entrevistado ou responsável

Assinatura do entrevistado ou responsável

